

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

THÈSE

N°

42

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 novembre 1908, à 1 heure

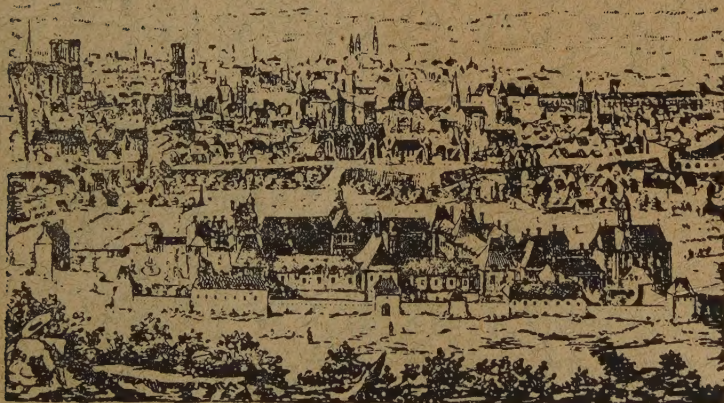
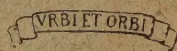
LARYNGITE PHLEGMONEUSE PRIMITIVE

Forme bactérienne

UNE FORME A ENTEROCOQUE

PAR

G. JEAN



L'Hospital Saint-Louis en 1620

Président : M. GAUCHER

Juges. . . { MM. VIDAL
RICHAUD
LOEPER

Professeur

{ Agrégés

1908

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1908

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 25 novembre 1908, à 1 heure

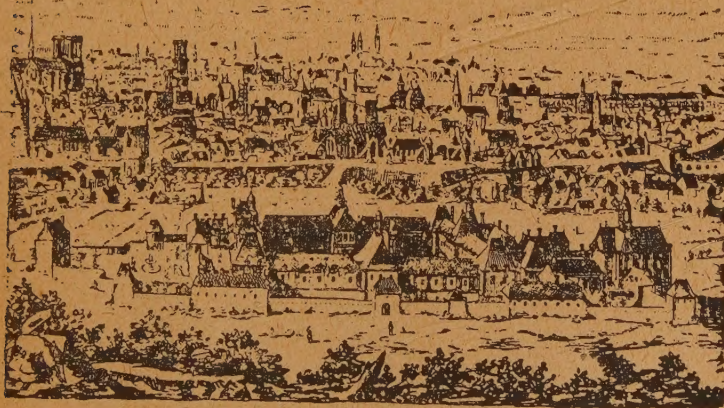
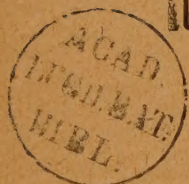
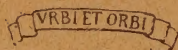
LARYNGITE PHLEGMONEUSE PRIMITIVE

Forme bactérienne

UNE FORME A ENTEROCOQUE

PAR

G. JEAN



L'Hôpital Saint-Louis en 1620

Président : M. GAUCHER
Juges } MM. VIDAL
 RICHAUD
 LOEPER

Professeur

} Agrégés

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS.
Physiologie.....	Ch. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale.....	DEJERINE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	QUENU.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée.....	GILBERT-BALLET
	ROGER.
	HAYEM.
Clinique médicale.....	(DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Maladies des enfants.....	(LANDOUZY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GAUCHER.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	(LE DENTU.
	BERGER
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique ophtalmologique.....	de LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements.....	(PINARD.
	BAR.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	COUVELAIRE.	LANGLOIS.	NICLOUX.
BALTHAZAR.	CUNEO.	LAUNOIS.	NOBECOURT.
BRANCA.	DEMELIN.	LECENE.	OMBREDANE.
BEZANÇON Fernand	DESGRAZ.	LEGRY.	POTOCKI.
BRINDEAU.	DUVAL Pierre.	LENORMANT.	PROUST.
BROCA André.	GOSSET.	LOEPER.	RENON.
BRUMPT.	GOUGET.	MACAIGNE.	RICHAUD.
CARNOT.	JEANNIN.	MAILLARD.	RIEFFEL
CASTAIGNE.	JEANSELME.	MARION.	STCARD.
CLAUDE.	JOUSSET André.	MORESTIN.	ZIMMERN.
	LABBE Marcel.	MULON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MES PARENTS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR BECLERE

Médecin des hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

M. LE PROFESSEUR ALBARRAN

Professeur à la Faculté de Médecine

Chirurgien des hôpitaux

M. LE DOCTEUR MENETRIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine

Médecin des hôpitaux

M. LE DOCTEUR DEMOULIN

Chirurgien des hôpitaux

M. LE DOCTEUR SOULIGOUX

Chirurgien des hôpitaux

M. LE DOCTEUR LESAGE

Médecin des hôpitaux

A MES MAITRES DE L'ASILE NATIONALE DES
CONVALESCENTS

M. LE DOCTEUR DELFAU

M. LE DOCTEUR BLOCH

A LA MEMOIRE DE MES VENERES MAITRES

M. LE PROFESSEUR BUDIN

M. LE PROFESSEUR POIRIER

A MON PRESIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de Clinique des maladies cutanées
et syphilitiques
Médecin des hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Du groupe confus des affections laryngées suffocantes que, pendant longtemps le nom de croup servit à désigner, se dégagèrent par les progrès de la clinique et, plus tard, par les examens bactériologiques des types bien caractérisés. Le premier connu, le mieux étudié, le plus fréquent d'ailleurs, fut la laryngite diphtérique, qui garda le nom primitif du groupement, celui de croup. Son isolement clinique s'explique bien par la présence ordinaire d'une angine pseudo-membraneuse facile à constater. On en sépara, dans la suite, le faux croup, la laryngite striduleuse, puis les laryngites suffocantes symptomatiques.

Il restait cependant des affections suffocantes siégeant au larynx dont l'origine infectieuse fut longtemps ignorée, et qui constituèrent un groupement presque aussi confus que le groupement primordial ; ce fut celui des *œdèmes de la glotte*. Sous ce nom, on décrivit des abcès des phlegmons du larynx se compliquant d'œdème, des infiltrations consécutives aux lésions ulcératives de la tuberculose, de la syphilis, du cancer, des œdèmes d'origine brightique, toxique ou survenant au cours de maladies infectieuses : érysipèle, variole, fièvre typhoïde, rougeole.

Bouillaud avait déjà indiqué le caractère inflammatoire de certains œdèmes de la glotte, mais ce fut surtout le

mérite de Masséi d'insister sur l'origine infectieuse de la plus grande partie d'entre eux ; il eut peut-être le tort de vouloir tout expliquer d'un mot, de pousser trop loin l'unification du processus et de faire tout rentrer dans le cadre de l'érysipèle primitif du larynx. A vrai dire, il n'apportait pas de preuves décisives à l'appui de sa théorie et ne s'appuyait pas sur des examens bactériologiques constatant la présence dans tous les cas du streptocoque. Il ne se basait que sur des considérations cliniques, de valeur certes, mais qui ne l'autorisaient pas à porter une telle affirmation. Il est démontré maintenant que nombreux sont les germes qui peuvent réaliser le tableau décrit par Masséi, et si, parfois il s'agit de streptocoques, dans d'autres cas ce sont des entérocoques que l'on rencontre.

Il se trouve donc que la plupart des œdèmes de la glotte sont d'origine infectieuse. Et cet œdème, suivant la loi générale de pathologie, n'est que la conséquence de l'inflammation, un des symptômes de l'affection. Et non pas toujours le symptôme capital, car le spasme de la glotte, l'infection générale, les propagations jouent souvent dans l'évolution de la maladie le rôle principal. Aussi il nous semble que dans une inflammation phlegmoneuse du larynx, c'est donner beaucoup trop d'importance à un signe que de vouloir l'employer à désigner l'affection tout entière. Le terme de *laryngite phlegmoneuse*, qu'à la suite de Bouillaud, de Ziemsén, de Goix, nous adoptons, nous paraît mieux convenir.

Parmi les laryngites phlegmoneuses primitives, il est un type qui a été décrit par M. Ménétrier dans ces dernières années. C'est la *laryngite phlegmoneuse à entéro-*

coques. Les deux cas qu'il a étudiés sont, il est vrai, les seuls que nous ayons trouvés dans la science. Mais leur allure clinique, leur gravité les rendent intéressants. Nous avons assisté, dans le service de notre maître M. Ménétrier, à l'évolution de l'un de ces cas ; nous le remercions sincèrement d'avoir bien voulu nous permettre de nous servir de ses deux observations. Ce fut, sur son conseil, le point de départ de notre étude. C'est pourquoi nous nous permettons d'apporter ici un essai de revue générale de cette affection grave : la laryngite plegmoneuse.

HISTORIQUE

C'est dans le mémoire de Bayle, lu devant l'Académie de médecine en 1808 et publié *in-extenso* dans le Nouveau Journal de Médecine en 1819, sous le titre : « Mémoire sur l'œdème de la glotte ou angine laryngée œdémateuse » que l'on trouve la première description, sous un nom différent évidemment, d'un cas d'angine phlegmoneuse.

Nous ne remonterons pas au delà dans la littérature médicale puisque, comme nous l'avons dit, jusqu'à cette époque a régné la plus grande confusion dans la conception des laryngites suffocantes et nous n'irons pas, comme Sestier, par exemple, chercher à démontrer, à grand renfort de textes, qu'Arétée et Celse avaient soupçonné le phénomène de l'œdème de la glotte, et que Cœlius Aurelianus pouvait bien avoir en vue l'affection qui nous occupe lorsqu'il décrivait certaines angines graves, rapidement mortelles et sans lésion apparente de l'arrière-bouche. En compulsant bien les aphorismes de Boerhave, de Van Swieten, de Borsieri et en interprétant largement, on arrive à trouver tout ce que l'on veut, mais rien de précis.

Homes lui-même qui eut le mérite de décrire le croup, faisait rentrer dans ce cadre toutes les laryngites suffocantes, de quelque origine qu'elles fussent.

Après Bayle, Miller publia un cas qui fut le point de

départ de sa thèse sur « *la laryngite purulente* » (1883). Il cite dans cet ouvrage le cas de Cruveilhier, observé en 1819.

Le mémoire capital dans lequel nous pouvons trouver exposées et les lésions et la symptomatologie de l'angine phlegmoneuse est celui de Sestier : « *Traité de l'angine œdémateuse* » (1852).

Il représente un travail considérable, mais la conception de son auteur est trop extensive, car il met sur le même rang et confond les œdèmes primitifs et les œdèmes secondaires.

À côté de ces mémoires importants, nous ne ferons que citer celui de Bouillaud (1825), les cas de Rey (1855), de Waunebroucq (1864), de Sayre (1865), de Salomone Marino (1876).

Nous arrivons à la thèse de Goix (1882), où cet auteur s'efforça d'isoler une forme anatomique de laryngite phlegmoneuse, celle qui se complique d'*abcès rétro-laryngiens* ; dans un travail consciencieux il réunit huit cas, tous terminés par la mort.

Charazac rassembla dans sa thèse (1885) 21 cas d'œdème aigu primitif du larynx, avec une seule survie.

Massei (1885) créait une nouvelle théorie quand il décrivit l'*érysipèle primitif du larynx*. Mais il n'est pas le premier, il faut le dire, qui ait fait intervenir l'érysipèle dans l'étiologie de ces laryngites phlegmoneuses : Radcliffe et Gauché, avant lui, avaient cité des cas d'érysipèle de la face s'étendant au pharynx, au cou et au larynx (1879).

Enfin, voici les principaux travaux récents :

Merklen décrit (1880) un cas d'abcès rétro-laryngé primitif.

Moure étudie l'œdème aigu primitif des replis ary-épiglottiques (1880).

Gerling et Sokolowski, dans leurs travaux, restent fidèles à la doctrine de Masséi et à ce terme d'érysipèle primitif du larynx (1893).

Garel décrit les œdèmes aigus infectieux bénins du larynx (189).

M. Barjon écrit une revue générale très claire, très documentée sur la question. Enfin, M. Lubet-Barbon, s'appuyant sur de nombreux faits personnels, règle la conduite à tenir en présence de cas d'œdèmes aigus infectieux du larynx.

Nous voyons donc que tous ces cas de laryngite phlegmoneuse sont décrits sous des noms différents. Car, ce terme, créé par Bouillaud et Ziemsen, fut loin d'être adopté par tous ; la plupart se sont laissés hypnotiser par ce symptôme de l'œdème et sont restés sous l'influence des idées si magistralement exposées par Sestier. Beaucoup d'auteurs, à l'heure actuelle, emploient, pour désigner la laryngite phlegmoneuse, le nom un peu long d'œdème infectieux aigu primitif du larynx. Nous avons dit pourquoi nous ne l'adoptons pas.

ÉTIOLOGIE -- PATHOGÉNIE

La laryngite phlegmoneuse primitive est surtout une affection de l'âge adulte. Mais elle existe chez l'enfant, et, si, à cet âge l'on n'en trouve pas cités plus de cas, c'est que la confusion se fait alors très facilement avec le croup d'emblée, qui présente le même tableau clinique. Cela vient encore de ce que l'on recherche exclusivement, dans l'examen bactériologique la présence ou l'absence, du bacille de Loëffler et qu'en général on ne pousse pas plus loin l'analyse. Certains cas de laryngite phlegmoneuse de l'enfance ont été encore probablement étiquetés : laryngites striduleuses à évolution mortelle ; nous essaierons de le démontrer.

Tous les auteurs d'avant l'ère bactériologique ont invoqué l'action du *froid* pour expliquer cette inflammation aiguë du larynx ; elle a ici la même valeur que pour d'autres maladies infectieuses, la pneumonie par exemple.

Le *traumatisme* a pu être la cause d'une laryngite phlegmoneuse. Cependant nous éliminerons le cas de Fredet, partout cité comme exemple, cas où il eut une épiglottite suppurée et de l'œdème du vestibule laryngé ; on ne peut attribuer ici au traumatisme — constriction violente du cou — la formation de la laryngite phlegmoneuse, car entre la violence, et la mort l'espace écoulé fut de 2 à 3 heu-

res et l'on trouva du pus dans les tissus du vestibule du larynx.

Solis-Cohen a rapporté deux cas plus probants où à la suite d'une blessure du larynx par des corps étrangers, (arêtes de poisson, os) apparut un œdème infectieux unilatéral. Ces cas rappellent les expériences de Bichat dans lesquelles la perforation de l'épiglotte chez le chien amenait une laryngite phlegmoneuse.

Enfin dans un certain nombre d'observations on note pendant les jours qui ont précédé une angine légère, une trachéo-bronchite, la grippe...

Les germes pathogènes capables de produire une laryngite phlegmoneuse sont en somme tous les microbes de la supuration ; mais surtout le streptocoque, le pneumocoque, le staphylocoque et enfin, dans les deux cas de M. Ménétrier, l'entérocoque. Chacun d'eux peut donner à la maladie une allure particulière que nous étudierons aux formes cliniques.

Le *Streptocoque* était l'agent infectieux qu'avait en vue Masséi quand il parlait d'érysipèle primitif du larynx ; mais il n'apporta pas la preuve bactériologique. Ce n'est également que sur des signes cliniques et l'apparition d'un érysipèle de la face au cours de la laryngite phlegmoneuse que Sokolowski s'est basé pour décrire d'après Masséi, l'érysipèle du larynx.

Cependant, plus tard, des examens bactériologiques ont montré la réalité de la présence du streptocoque dans certains cas de laryngite phlegmoneuse. C'est ainsi que Prieur et Claoué ont trouvé des cultures pures de ce mi-

crobe dans le pus recueilli au niveau de l'œdème phlegmoneuse des replis ary-épiglottiques et des bandes ventriculaires.

Chez un malade de Landgraf Israël a trouvé du streptocoque dans le pharynx et la rate ; ce cas, il est vrai, n'est pas tout à fait comparable à ceux de notre thèse ; il s'agissait plutôt d'un phlegmon de tout le pharynx compliqué secondairement de laryngite phlegmoneuse.

Albert Fraënkcl a publié deux cas de phlegmons rétro-laryngés qui furent suivis de pleurésie purulente et de péricardite : dans les deux on trouva du streptocoque à l'état de pureté. Chez un malade de Hanot qui eut également une pleurésie purulente c'étaient les mêmes micro-organismes.

Peu de temps après la publication du mémoire de Masci, Fasano apporta deux cas d'érysipèle primitif du larynx dans lesquels l'examen bactériologique pratiqué après l'autopsie fit voir la présence du streptocoque.

On note souvent dans les observations que les auteurs ont intitulées : érysipèle primitif du larynx, une angine folliculaire antérieure, qui a très bien pu être le point de départ de l'affection laryngée. Seindner soutenait même qu'il en était toujours ainsi car ses examens bactériologiques, lui avaient montré la présence fréquente du streptocoque au niveau des lacunes de l'amygdale enflammée.

Le *Pneumocoque* est souvent l'agent de la laryngite phlegmoneuse. C'est à l'autopsie du malade de M. Florand que Cornil le trouva pour la première fois dans la profondeur de la muqueuse laryngée.

M. Josserand et M. Barjon ont rapporté deux observations semblables avec examen bactériologique.

Dans les autres cas, où les auteurs ont cru avoir affaire à une affection à pneumocoques, il n'y eut pas d'examen au microscope révélant ce microbe, mais l'apparition d'une pneumonie lobaire franche aiguë au cours de la laryngite phlegmoneuse était pour ainsi dire une démonstration suffisante de sa nature bactérienne. (C'est d'ailleurs le même ordre de preuves que celles invoquées par Sokolowski et d'autres pour essayer de justifier le terme d'érysipèle primitif du larynx. Tels sont les cas de Garel, de Dorange, de Thornton, de Seimon, de Moll.

Le *staphylocoque* a été trouvé par MM. Deguy et Detol à l'autopsie d'un enfant mort de laryngite phlegmoneuse. Par M. Netter, dans le pus d'un abcès du larynx. Par Seimon dans un cas identique.

L'*Entérocoque* enfin est capable de produire des laryngites phlegmoneuses ; M. Ménétrier en a fourni deux belles observations concernant des malades de son service de l'hôpital Tenon. M. Thiercelin avait déjà signalé la fréquence de l'entérocoque dans la bouche des individus sains ; M. Jouhaud l'a constaté aussi. Il semble bien que les diplocoques décrits par MM. Deguy et Legros, dans les angines diphtériques graves de l'épidémie de 1901-1902, et dans les érythèmes fébriles de leur convalescence, identiques ou peu différents de l'entérocoque. M. Ménétrier a trouvé également l'entérocoque dans un cas d'angine qui n'a pas été publié. Il n'est donc pas étonnant de voir ce diplocoque se localiser au larynx et y produire une affection grave.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions de la laryngite phlegmoneuse primitive sont essentiellement celles d'une inflammation intense des tissus du larynx. Dès le début et dans tous les cas cette inflammation s'accompagne d'œdème.

On a voulu expliquer la localisation de l'œdème et la marche de l'infiltration par la disposition du tissu cellulaire de la région.

Ce tissu est surtout abondant au niveau de la face antérieure de l'épiglotte, dans les fossettes glosso-épiglottiques. A la face supérieure de l'épiglotte la muqueuse est plus adhérente au fibro-cartilage ; elle l'est moins sur les bords. Le tissu conjonctif est très lâche aussi au niveau des replis aryténo-épiglottiques, des bandes ventriculaires, et des gouttières latérales : il se continue avec les mêmes caractères, sur la face pharyngienne des aryténoïdes et du cricoïde et plus bas sur la face antérieure de l'œsophage.

Une injection poussée dans les replis aryténo-épiglottiques pénètre dans le tissu cellulaire des gouttières latérales et de la paroi latérale du pharynx, mais ne remonte pas en haut au-delà des ligaments pharyngo-épiglottiques. Ce ligament étendu transversalement de la paroi du pharynx au bord de l'épiglotte est constitué par les fibres élastiques

du fort ligament hyo-épiglottique et le revêtement élastique de la paroi pharyngienne. Il forme, comme l'a démontré Hajek, une cloison qui sépare assez bien les deux régions, pré et rétro-épiglottiques. A l'intérieur du larynx, l'injection dans les replis ary-épiglottiques pénètre dans la bande ventriculaire, mais laisse libre sa partie ligamenteuse. Elle se limite en bas à la corde vocale.

Le tissu conjonctif de la région sous-glottique est un peu moins lâche et moins facilement injectable.

Cruveilhier, suivant la localisation de l'inflammation et de l'œdème avait divisé, à un point de vue purement anatomique, les laryngites phlegmoneuses en trois variétés.

Dans la première, l'inflammation se localise à la région sous-glottique. C'est la localisation qu'on a assignée plus tard à la laryngite striduleuse.

Dans la deuxième, à l'espace thyrohyoïdien ou glosso-épiglottique.

Dans la troisième à l'espace sus-glottique.

Nous n'avons pas trouvé dans les relations d'autopsie ou l'exposé des examens laryngoscopiques que l'œdème phlegmoneux se soit localisé exclusivement en l'une de ces régions : il nous a paru empiéter indifféremment sur chacune d'elles avec prédominance marquée cependant pour la région sus-glottique. Il envahit souvent, à l'intérieur du larynx, la région sous-glottique : dans certains cas il peut se prolonger jusqu'aux premiers anneaux de la trachée.

Les cordes vocales sont rarement tuméfiées mais la plupart du temps elles ont perdu leur aspect blanc nacré normal et apparaissent rouges, congestionnées.

Massei a décrit certains cas d'érysipèle du larynx où, l'on ne trouvait au niveau des portions œdématisées que de la sérosité.

Mais en général, c'est du pus que l'on trouve sous cet œdème rouge tendu. Il y a tantôt une infiltration purulente de toute la muqueuse endo-laryngée, tantôt celle-ci est criblée de petits abcès gros comme des grains de mil. Il arrive aussi et c'est un cas fréquent, dans les laryngites phlegmonieuses à pneumocoques, que le pus se rassemble en un abcès plus volumineux, de la grosseur d'une noisette environ. Cet abcès peut siéger en divers points :

Sous la muqueuse du vestibule ; dans les fossettes glosso-épiglottiques ; au niveau des deux faces de l'épiglotte ; dans la région sous-glottique (obsv. d'Artaud) ; dans les replis ary-épiglottiques.

Souvent ces abcès affectent une localisation particulière sur laquelle Goix a insisté dans sa thèse ; ils sont rétro-laryngés. Goix, comprenait sous le nom de *région rétro-laryngée* une loge au tissu conjonctif lâche limitée :

En dehors, par la face interne de la lame du cartilage thyroïde.

En dedans, à sa partie supérieure par le plan musculaire des thyro-aryténoïdien et crico-aryténoïdien latéral, et la bande ventriculaire ; à sa partie inférieure par les faces latérales du cricoïde et par l'aryténoïde.

En avant, par les gouttières latérales du larynx, gouttières pharyngo-laryngées ou sinus piriformes. Ces gouttières partent de l'épiglotte et s'insinuent entre le cartilage thyroïde et le tube laryngien proprement dit.

L'espace rétro-laryngé est fermé en bas et en dehors par

les plans de l'articulation crico-thyroïdienne et le muscle crico-thyroïdien dans ses faisceaux profonds ; ils s'opposent au développement du phlegmon vers le cou.

Ces abcès s'ouvrent tantôt vers le pharynx, tantôt à l'intérieur de la cavité laryngée.

Dans ces laryngites on voit parfois des *ulcérations* de la muqueuse du larynx et des premiers anneaux de la trachée.

Au niveau des régions enflammées les tissus sont souvent frappés de nécrose et présentent une infiltration de leucocytes-migrateurs et de germes variés.

Les cartilages, et c'est là un fait important ne sont jamais atteints. Du moins nous avons rejeté de nos observations les cas où étaient notées de la périchondrite et des ulcérations des cartilages.

Presque constamment, il y a une adénite plus ou moins accentuée, des ganglions péri-laryngés, situés derrière les lobes du corps thyroïde, au niveau du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée ; quelquefois les ganglions de la chaîne sterno-mastoïdienne sont pris. Très exceptionnellement cette adénite arrive à suppuration.

Au cours ou à la suite des laryngites phlegmoneuses apparaissent fréquemment des lésions pulmonaires : œdème, congestion broncho-pulmonaire, pneumonie unilatérale ou double, des pleurésies purulentes. On a noté de la péricardite, de la dégénérescence graisseuse du foie, de la congestion rénale et même de la néphrite.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous donnerons une description d'ensemble de la laryngite phlegmoneuse primitive, nous réservant de signaler aux formes cliniques certaines particularités qui nous ont semblé dépendre de la nature de l'agent microbien.

La laryngite phlegmoneuse a, la plupart du temps, une évolution rapide, et, quand la gêne respiratoire est apparue, la série des phénomènes graves se déroule en quelques jours.

On note dans presque toutes les observations *certaines prodromes* : un malaise général, de la courbature, le plus souvent des signes de rhume banal ou de trachéo-bronchite. Le malade attribue tous ces phénomènes à un refroidissement. Un symptôme prémonitoire plus important est l'angine : amygdalite folliculaire ; pharyngite. C'est en se basant sur la fréquence de ces signes pharyngés que certains auteurs ont proposé à la suite de Senator (de Berlin), de donner à l'affection le nom de phlegmon infectieux du pharynx et du larynx.

Mais en général le degré de l'inflammation pharyngée est loin de correspondre à l'intensité de la laryngite qui va apparaître quelques jours après. Dans tous les cas de laryngite phlegmoneuse typiques relatés, elle avait été très légère et souvent on ne trouvait aucune trace d'inflammation du pharynx quand on venait à examiner la gorge au

moment de la période d'état. D'ailleurs, le type qu'a décrit Senator ne nous semble pas pouvoir rentrer dans le cadre des laryngites phlegmoneuses primitives, il représente plutôt une forme d'angine phlegmoneuse très étendue où l'œdème du larynx n'est que secondaire.

Ces prodromes durent de 2 à 3 jours, rarement plus. Dans quelques cas même, le malade entre tout d'un coup dans la période d'état.

Deux symptômes principaux traduisent l'atteinte du larynx : la *dysphagie* et la *dyspnée*.

Au début, la *dysphagie* est légère ; c'est un picotement, une sensation de corps étranger dans la gorge ; mais, bientôt, elle s'accroît ; de simple gêne de la déglutition, elle devient douleur atroce, empêchant parfois le malade d'avaler une goutte de liquide. S'il essaie de boire, il arrive que les liquides tombent à l'intérieur du larynx à travers son orifice déformé et rendu rigide par l'infiltration. Cette dysphagie est un symptôme qui frappe d'autant plus, que souvent dans le pharynx, le clinicien ne voit aucune inflammation.

La *dyspnée* est d'origine complexe : elle est sous la dépendance à la fois de la sténose laryngée, de l'intoxication profonde de l'organisme et des troubles pulmonaires.

L'œdème de l'épiglotte et des replis aryéno-épiglottiques est parfois si considérable qu'il ne laisse parfois, qu'un étroit passage à l'air. Mais, ce n'est pas ici, un œdème mou, une masse tremblotante aspirée dans le larynx à chaque inspiration. Dans presque tous les cas, on a trouvé un œdème dur, rouge, se continuant avec un œdème

endolaryngé, de même caractère. Inutile, dès lors, de chercher le signe *du drapeau*, sur lequel avait insisté Sestier dans son traité de l'angine oedémateuse. Quand cet oedème phlegmoneux sera bien développé, l'obstacle existera aux deux temps de la respiration.

Aux premières heures, le malade se sent seulement oppressé ; l'inspiration devient difficile, sifflante. Bientôt, s'installe d'emblée ou après des crises de suffocation une dyspnée continue qui, prédominant d'abord à l'inspiration, s'étend bientôt aux deux temps de la respiration.

Elle s'accompagne de cornage, de tirage sus-sternal, quelquefois épigastrique et est entrecoupée de crises de suffocation au cours desquelles le malade peut être emporté. La gêne respiratoire se trouve souvent aggravée encore par l'apparition d'une pneumonie, d'une broncho-pneumonie, d'une pleurésie.

La *voix* est rauque, quelquefois éteinte quand l'oedème intra-laryngé est considérable. La *toux* est rauque.

L'*aspect* du malade traduit la gêne respiratoire, l'asphyxie imminente : il est assis sur son lit, angoissé, le visage couvert de sueur, les conjonctives injectées, les lèvres cyanosées. Il ne peut dormir, car s'il vient à ne plus surveiller sa respiration, la dyspnée prend aussitôt le caractère paroxystique.

Chez l'enfant, on aura à peu près, trait pour trait, le tableau du croup d'emblée.

Presque toujours, il y a un empatement de la région cervicale, au voisinage du larynx. Toujours de la *douleur* à la *pression* sur le cartilage thyroïde. Enfin, l'inflamma-

tion du tissu rétro-laryngé étant la règle, il y a *abolition du craquement laryngo-vertébral*.

En présence de ces symptômes, on inspecte la gorge : en général, nous l'avons dit, on ne trouve rien, ou un peu de rougeur des piliers et de l'amygdale. Pour constater les lésions, il faut pratiquer l'*examen laryngoscopique*.

C'est à la vérité, un examen rendu plus difficile par l'état du malade, par la menace d'une crise de suffocation ; mais c'est le seul moyen d'avoir une idée exacte de l'état du larynx. Il est un fait remarquable, d'ailleurs, c'est que ces malades se prêtent volontiers à cet examen. Et il n'y a pas d'exemple où, pratiqué par un spécialiste adroit, il ait provoqué des accidents graves.

On a exagéré aussi le danger du *toucher laryngien*. Systématiquement employé avant la laryngoscopie, ce procédé peut rendre, à défaut du miroir, un réel service en faisant sentir l'œdème du vestibule.

A l'examen laryngoscopique, on aperçoit :

L'*épiglotte* rouge, œdématiée, souvent irrégulière, aplatie et comme pliée et repoussée en dedans.

Les *replis aryténo-épiglottiques* et les *aryténoïdes* sont également rouges et œdématiés arrivant parfois au contact.

L'œdème de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques et des aryténoïdes forme ordinairement comme un bourrelet circulaire limitant étroitement l'orifice supérieur du larynx et masquant l'intérieur de l'organe. Quant celui-ci peut être examiné on voit les *bandes ventriculaires* tuméfiées se touchant quelquefois tangentiellement.

Les *cordes vocales* sont en général rouges, mais très

rarement œdématisées. On les a vues, dans certains cas, d'un blanc nacré, comme à l'état normal. Leur motilité est fréquemment troublée comme l'a fait remarquer M. Lubet Barbon, elles ne s'écartent que faiblement dans les mouvements respiratoires.

L'œdème de la région sous-glottique est difficile à voir.

Dans la région rétro-laryngée les *sinus piriformes* soulevés par le gonflement se trouvent comblés.

Dans toutes ces parties, un point qui bombe plus que les autres, fait soupçonner une collection sous-jacente. Si elle vient à s'ouvrir, on aperçoit le larynx couvert de pus et une tache blanchâtre indique parfois l'orifice de la cavité de l'abcès.

La laryngite phlegmoneuse est une véritable *infection générale* ; elle en offre tous les symptômes :

Malaise, cephalagie, frissons du début. Température très élevée pendant le cours de la maladie, oscillant entre 39° et 40° et se maintenant à ce niveau pendant toute la période d'état, pour retomber ensuite en lysis. Si elle reste élevée, alors que les phénomènes laryngés ont disparu, c'est qu'une nouvelle localisation de l'infection s'est produite, le plus souvent au niveau des poumons.

Le pouls est rapide. La langue est sèche. Les urines sont foncées et l'albumine y est constante.

Les troubles nerveux sont parfois très marqués : Insomnie, agitation, délire de parole et d'action, souvent violent.

Pronostic

La marche de l'affection est rapide. En général, quatre ou cinq jours après l'apparition de la gêne respiratoire, on arrive au dénouement.

Quand la *guérison* survient, c'est après l'ouverture des foyers de suppuration ; celle-ci est spontanée ou est due à l'intervention chirurgicale. Si le pus était collecté en abcès, le malade a une véritable petite vomique, à laquelle succède un soulagement considérable de la dyspnée. Dans les autres cas, il y a pendant quelques jours une expectoration purulente.

La mort peut être la conséquence de l'asphyxie progressive si l'on n'est pas intervenu par la trachéotomie. On la voit encore se produire subitement au cours ou en dehors d'un accès de suffocation. Certains auteurs ont voulu voir dans ce fait que les filets du laryngé supérieur et du récurrent sont souvent englobés dans le phlegmon la cause de cette mort subite. C'est une explication analogue que Rendu donnait de la mort d'un de ses malades chez lequel l'infiltration avait gagné la région carotidienne ; le pneumogastrique baignait dans le pus. La mort par syncope arrive en général le troisième ou le quatrième jour. C'est à peu près la date à laquelle s'ouvre l'abcès quand il s'est formé. Peut-être pourrait-on admettre que la chute du pus dans le larynx est, dans certains cas, la cause de cette syncope mortelle.

La mort, enfin, peut survenir à la suite d'une complication pulmonaire : pneumonie, broncho-pneumonie ou par septicémie. On comprend ainsi qu'elle ait pu se pro-

duire, même après la trachéotomie, comme chez les malades de Garel, de Florand, de Degny et Detot. Le premier avait une pneumonie double ; le deuxième une pleurésie purulente ; la mort du troisième a été attribuée à la septicémie.

Le pronostic de la laryngite phlegmoneuse est donc grave, mais n'est pas aussi désespéré qu'on peut le supposer à la lecture des thèses de Goix et de Charazac. Sestier faisait, lui aussi, de la mort la conséquence inévitable de tous les œdèmes de la glotte. Si nous étudions les observations publiées dans ces dernières années, nous voyons que la mortalité a été environ de 36 %.

Nous tirons cette conclusion de la lecture de 22 cas de laryngite phlegmoneuse, dont huit se sont terminés par la mort. Dans tous ces cas, il n'y eut pas d'hésitation sur le diagnostic, car il fut contrôlé par le miroir laryngé, l'examen bactériologique ou l'autopsie.



FORMES BACTÉRIENNES

Il nous semble que dans le groupe des laryngites phlegmoneuses primitives, on peut isoler quelques types assez nets : la forme à entérocoques, la forme à streptocoques, celle à pneumocoques.

Laryngite phlegmoneuse à entérocoques

Les deux seuls cas observés de laryngite phlegmoneuse à entérocoques sont dus à M. Ménétrier. Ils ont été caractérisés l'un et l'autre par l'intensité des phénomènes locaux, l'infiltration purulente énorme des tissus du larynx, avec prédominance marquée dans un cas à la région rétro-laryngée et au vestibule. Dans les deux, il y eut septicémie, qui fut mise en évidence par des cultures du sang prélevé dans le cœur du premier sujet à l'autopsie, et dans le cœur du fœtus expulsé par la femme qui fait l'objet de la deuxième observation. C'est à cette septicémie qu'a été attribuée la mort du premier malade ; il n'y eut pas de complications pulmonaires.

L'affection débuta au cours d'un catarrhe des voies respiratoires qui datait d'une quinzaine de jours. Elle atteignit son acmé en quatre jours. Il y eut tous les symptômes d'une infection générale : température de 39° à 40°. Pouls rapide. Rate grosse. Albuminurie.

OBSERVATION I

Laryngite phlegmoneuse à entérocoques. — M. Ménétrier.
Soc. Méd. des Hôp. 12 juillet 1901.

Il s'agit d'un homme de 35 ans, entré à l'hôpital dans l'après-midi du jeudi 10 janvier 1901. Ce malade, très obèse, alcoolique de vieille date, avait été pris de toux avec expectoration muqueuse depuis une quinzaine de jours environ ; cette toux s'était aggravée, et, depuis trois jours, de nouveaux phénomènes étaient survenus, une vive douleur de gorge avec gêne de la déglutition, une dyspnée progressivement croissante, en même temps que l'expectoration devenait de plus en plus abondante.

A l'entrée à l'hôpital, l'état du malade est le suivant : la respiration est très pénible, le décubitus est impossible, il reste assis sur son lit, la face pâle, le teint plombé, le regard anxieux, les lèvres cyanosées, il n'y a cependant pas de tirage.

La langue est saburrale ; l'examen de la gorge, très difficile à pratiquer en raison de la dyspnée, permet d'entrevoir une rougeur diffuse de la région de l'isthme du gosier, avec un œdème jaunâtre de la luette et du pilier droit du voile. La sonorité thoracique ne paraît nullement modifiée à la percussion.

A l'auscultation, la poitrine est, du haut en bas, remplie de gros râles sonores et de sous-crépitations surtout.

Le cœur est rapide, régulier, sans bruits anormaux.

Le pouls est à 120. La température à 39°6.

Les membres inférieurs sont œdémateux.

Le foie est gros et douloureux, la rate augmentée de volume.

Les urines renferment une grande quantité d'albumine.

L'expectoration est abondante, gommeuse, collante aux parois du vase, est mêlée d'une grande quantité de salive.

En présence de ces symptômes, où les signes d'intoxication générale paraissaient, plus que les accidents du côté de la gorge, tenir le premier plan de la scène morbide, on ne crut pas devoir recourir à la trachéotomie, et le traitement consista en saignée, injections de caféine et d'éther, ventouses, inhalations d'oxygène. Les accidents allèrent s'aggravant et le malade mourut dans la nuit.

L'autopsie, pratiquée le 12 janvier au matin, nous a permis les constatations suivantes :

Centres nerveux : congestion des vaisseaux de la pie-mère ; pas de lésions de la substance nerveuse.

Isthme du gosier : tuméfaction œdémateuse, jaunâtre, comme gélatineuse, du voile du palais et des piliers postérieurs. Les amygdales sont rouges et légèrement tuméfiées ; il n'y a à la surface de toutes ces parties ni *exsudats* pseudo-membraneux, ni lésions ulcéreuses et nécrotiques, seulement un peu de mucus trouble au fond des cryptes.

Larynx. — Toute la région supérieure du larynx : épiglote, replis aryéno-épiglottiques, aryénoïdes et espace interaryénoïdien sont le siège d'une tuméfaction dure, avec épaissement et rigidité des tissus limitant le vestibule du larynx, dont la cavité se trouve notablement réduite.

A ce niveau, la muqueuse présente une coloration d'un rouge sombre, violacée, diffuse et sur laquelle se détachent nettement des plaques de couleur blanc jaunâtre qui se trouvent, au niveau des bords de l'épiglotte, symétriquement placées de chaque côté au niveau des replis aryéno-épiglottiques, formant comme un liseré à l'orifice supérieur du larynx, à la face interne de l'épiglotte, en deux bandes convergentes, se rejoignant sur la ligne médiane, un peu au-dessus de l'extrémité antérieure des cordes vocales.

Ces zones blanches ne sont pas dues à la présence d'exsudats pseudo-membraneux à la surface de la muqueuse, mais bien à la transformation du tissu même de la muqueuse, nécrosée à ce niveau et infiltrée de pus ; de pus encore concret,

sans collection ni ramollissement, et sans ulcération. En outre, au niveau de la portion postérieure et gauche du larynx, la tuméfaction, plus prononcée, fait saillie dans la cavité pharyngée ; la rougeur violacée de la muqueuse y est semée de petits points blanchâtres, et, en incisant les tissus, on trouve de petits abcès où le pus est en train de se collecter.

La tuméfaction est moindre à l'intérieur du larynx au-dessous du vestibule ; la muqueuse y est toutefois très rouge et très vascularisée ; elle est recouverte d'un muco-pus visqueux et adhérent, mais il n'y a ni points nécrosés ni ulcérations dans toute cette région et notamment au niveau des cordes vocales et de la glotte.

La trachée et les grosses bronches sont également tapissées d'une couche de muco-pus épais, recouvrant une muqueuse très rouge et très vascularisée.

Cavité thoracique : il n'y a pas de liquide dans les plèvres. Les poumons, libres d'adhérences, sont le siège d'une congestion extrêmement intense, mais sans noyaux de broncho-pneumonie ni foyers d'atélectasie. Il n'y a pas de pus dans les petites bronches. Pas de tuberculose.

Le cœur est volumineux, abondamment surchargé de graisse. Les cavités droites sont dilatées ; à gauche, légère hypertrophie avec dilatation du ventricule.

Dans l'aorte, plaques d'athérome mou.

Cavité abdominale. Le foie, énorme, pèse trois kilogrammes, il n'est pas cirrhotique, mais mou, de couleur jaune clair, et paraissant absolument gras. La rate est grosse et diffuente. Les reins volumineux et congestionnés. Dans l'estomac, nombreuses plaques ecchymotiques. Intestin sain. Pancréas, capsules surrénales sains.

Examen bactériologique. — Le pus des petits abcès du larynx, examiné sur lamelles, et après coloration, soit à la thionine, soit à la fuschine phéniquée, fourmille de microbes qui se présentent tous avec des apparences identiques ; ce

sont des microcoques, quelques-uns isolés, le plus grand nombre groupés deux à deux, en diplocoques, à grains arrondis et sans capsule. Il y a aussi, mais en petit nombre, de courtes chaînettes de diplocoques, composées de quatre ou six éléments. La plupart des microbes sont libres ; quelques-uns cependant sont inclus dans les leucocytes. Les éléments cellulaires sont des polynucléaires avec une assez forte proportion de petits mononucléaires.

Le muco-pus de la cavité laryngée présente les mêmes éléments parasitaires, des diplocoques en quantité énorme ; mais il y a en outre quelques autres formes, des bacilles courts, des tétrades notamment. Comme éléments cellulaires, des cellules cylindriques desquamées ; en plus, des globules de pus.

Le mucus des cryptes amygdaliennes renferme également des diplocoques, mais en petit nombre, et mêlés de pneumocoques et de tétrades.

Cultures. — Des ensemencements ont été pratiqués avec le pus du larynx, le mucus des amygdales, la sérosité du foie, de la rate, des reins. Les cultures du foie et des reins sont demeurées stériles. Celles de la rate n'ont donné que des colonies de *bacterium coli*.

Les cultures du mucus amygdalien ont donné des sarcines, du staphylocoque blanc, du *bacterium coli*, et quelques colonies de diplocoques semblables à ceux du larynx.

Les cultures du pus du larynx, ensemencé sur agar, ont fourni, en vingt-quatre heures, des colonies extrêmement nombreuses, formées de petits grains très fins, demi opaques, tous égaux, assez semblables aux grains du streptocoque mais plus fins et peut-être un peu plus transparents. Examinées au microscope et après coloration, ces colonies étaient formées de microcoques pour la plupart accouplés par deux, et semblables à ceux du pus, tels que nous les avons précédemment décrits.

La culture en bouillon de colonies isolées sur agar, a donné

en vingt-quatre heures un trouble uniforme du liquide ensemencé. L'examen microscopique y montre le parasite presque uniquement sous forme de chaînettes assez courtes, à grains inégaux, et semblant formées de diplocoques en séries.

Inoculation. — Une souris, inoculée sous la peau du dos, avec un goutte du pus du larynx, est morte en quarante-huit heures de septicémie. Elle ne présentait pas, comme il arrive dans la septicémie pneumococcique, d'œdème du mu-seau ni des tissus sous-cutanés.

A l'examen microscopique du sang du cœur, de la sérosité péritonéale, de la pulpe splénique, on trouvait toutes ces parties fourmillant d'un nombre considérable de diplocoques de tous points semblables à ceux du pus laryngé et par ensemencement les cultures obtenues ont présenté exactement les mêmes caractères que nous avons précédemment décrits.

Examen microscopique des organes. — Les lésions du larynx ont été recherchées sur des coupes de l'épiglotte portant au niveau d'une des plaques blanches d'apparence nécrotique et situées au niveau du bord externe de l'organe.

Le tissu de l'épiglotte est infiltré de cellules migratrices d'autant plus abondantes qu'on se rapproche de la surface, et plus encore au niveau de la zone d'apparence nécrotique. Les parties avoisinant immédiatement celle-ci présentent, à la surface, une couche épithéliale pavimenteuse stratifiée, dont les cellules ont particulièrement desquamé. Par places, entre les cellules épithéliales, s'insinuent des leucocytes migrateurs, soit isolés, soit groupés en petits amas. Le chorion de la muqueuse en est infiltré, et ils sont encore nombreux dans le tissu conjonctif lâche sous-jacent. Le cartilage est sain.

Les vaisseaux de la muqueuse et de la sous-muqueuse sont dilatés et remplis de globules rouges.

Au niveau même de la portion d'apparence nécrotique, la

couche épithéliale de la surface a complètement disparu, et le tissu est composé uniquement d'une infiltration dense de leucocytes, formant une couche granuleuse dont les cellules sont les unes bien vivaces et colorées, le plus grand nombre en voie de dégénération plus ou moins avancée et ne prenant qu'imparfaitement les matières colorantes ; de place en place, on retrouve les tractus conjonctifs écartés et dissociés par les globules blancs et partiellement dégénérés, prenant une teinte verdâtre par la thionine. Enfin, dans cette zone, les vaisseaux sont thrombosés.

Sur les coupes colorées à la thionine, on voit entre les leucocytes, et, plus rarement, à leur intérieur, une infinité de microcoques infiltrant le tissu, surtout abondants dans les zones de cellules dégénérées, mais se montrant nombreux encore au milieu des cellules vivaces, et même pénétrant dans les parties de la muqueuse avoisinant les plaques nécrotiques et encore recouvertes d'épithélium. Ces microcoques offrent les mêmes apparences que nous avons décrites à l'examen du pus, affectant surtout le groupement en diplocoques, ou formant des courtes chaînettes de quatre à six éléments.

Ils demeurent colorés sur les préparations traitées par la méthode de Gram.

Les coupes de l'amygdale présentent des lésions peu intenses, réplétion leucocytaire du tissu lymphoïde, leucocytes en diapédèse dans les cryptes, et là seulement des diplocoques assez nombreux.

Au niveau des piliers postérieurs, le chorion de la muqueuse renferme une assez notable proportion de leucocytes infiltrés.

Les coupes de foie montrent une dégénérescence graisseuse excessive ; il faut chercher les quelques cellules hépatiques qui ont conservé leur configuration normale, et l'on peut n'en pas trouver une seule sur tout un champ de microscope ; aussi l'aspect du tissu, formé de cellules grais-

seuses, en cercles clairs, juxtaposés, rappelle-t-il assez bien celui des coupes de moelle de sureau.

Le tissu conjonctif n'est pas augmenté, il n'y a pas de cirrhose, les lésions sont exclusivement dégénératives.

Les coupes du rein ne montrent pas de lésions notables. Celles de la rate marquent seulement une réplétion hémattique intense.

OBSERVATION II

Laryngite aiguë phlegmonneuse à entérocoques chez une femme enceinte de huit mois et demi. — Trachéotomie, guérison. Accouchement prématuré spontané. Septicémie à entérocoques chez l'enfant. (Ménétrier, agrégé, et J. Clunet, Soc. Méd. des Hôpitaux, 1907.)

M. D. P..., couturière, âgée de 29 ans, entre le 31 janvier 1907, salle Claude-Bernard, présentant les signes d'une dyspnée intense.

La malade est actuellement enceinte de huit mois et demi. Elle est accouchée il y a cinq ans d'une fille, née à huit mois, qui est toujours restée très frêle.

La malade paraît robuste ; elle aurait eu il y a deux ans une congestion pulmonaire double et depuis serait sujette à s'enrhumer facilement. A la fin de décembre, elle a eu un coryza suivi de bronchite légère. Il y a quinze jours, étant sortie par un froid très vif, elle ressent un malaise général et s'alite en rentrant ; elle a de la fièvre et de la courbature, tousses et expectore des crachats muqueux très aérés. Depuis quatre jours, sa voix s'éteint progressivement, sa respiration est de plus en plus gênée, la déglutition, d'abord pénible, devient impossible.

A l'entrée à l'hôpital, la malade est cyanosée et ne peut supporter le décubitus ; elle présente du tirage sus et sous-sternal, une inspiration sifflante, une aphonie complète ; elle

est très anxieuse, mais l'intelligence est entièrement conservée.

Les jambes sont légèrement oedématisées ; le volume du ventre paraît normal étant donné l'âge de la grossesse ; l'enfant se présente par le sommet ; la tête est engagée en OIGA. Les bruits du cœur de l'enfant paraissent normaux.

A l'examen du thorax, la sonorité pulmonaire est normale, on n'entend pas le murmure vésiculaire masqué par un bruit laryngien très intense ; c'est à peine si l'on perçoit quelques crépitations fines disséminées. Au toucher buccal, on sent, derrière la base de la langue, un bourrelet de muqueuse infiltrée et oedématisée. Le moindre attouchement de la région antérieure du cou est très douloureux. Le cœur est régulier, mais ses battements sont rapides. La température atteint 38°8. L'urine recueillie par sondage vésical contient une grande quantité d'albumine.

On fait le diagnostic d'œdème de la glotte chez une femme enceinte atteinte de néphrite. Un pansement humide chaud autour du cou, l'application de vingt ventouses scarifiées sur le thorax, en arrière, ne paraissant pas soulager la malade, on pratique la trachéotomie une heure après son entrée. Par la plaie s'échappe une expectoration abondante très purulente. On fait une saignée de 500 grammes.

Le lendemain matin, la température s'élève à 39°, les compresses qui recouvrent l'orifice de la canule sont souillées par le pus trachéal, et doivent être incessamment renouvelées. La dyspnée a complètement disparu. L'albuminurie a diminué.

Le soir, à 7 heures, accouchement spontané d'un enfant vivant qui remue bras et jambes, ouvre les yeux, mais meurt sans avoir respiré. La délivrance est spontanée et normale.

Le 2 février, la température reste toujours au voisinage de 39°, mais l'albuminurie a presque complètement disparu. L'état général est excellent, l'expectoration par la canule

encore abondante ; on fait des pulvérisations avec une solution de créosote à 1 pour 100.

Le 4 février, la température est retombée à la normale, il n'y a plus d'albumine dans l'urine, la sécrétion trachéale est presque tarie, on retire la canule ; et, le 14 février, la malade quitte l'hôpital : la cicatrisation est parfaite, l'état général et local excellent. La voix reste cependant légèrement enrrouée.

Nous avons pratiqué l'autopsie de l'enfant et examiné au point de vue bactériologique le sang du cœur prélevé aseptiquement et les coupes histologiques des divers organes. Nous avons comparé les résultats obtenus avec ceux qui nous avaient fournis l'examen du pus trachéal de la mère recueilli aseptiquement par la canule le 2 février.

Le pus trachéal examiné sur lame après coloration, soit par la méthode de Gram, soit par le bleu polychrome de Unna, fourmille de microbes qui se présentent tous avec des apparences identiques. Ce sont des microcoques, quelques-uns isolés, le plus grand nombre groupés deux à deux en diplocoques, ils paraissent la plupart entourés d'une auréole à contours peu nets. Certains sont disposés bout à bout, formant des chaînettes de diplocoques de quatre à six éléments. Il y a quelques rares chaînettes où l'on peut compter un nombre impair de grains, trois ou cinq ; ces chaînettes sont d'ailleurs entourées de la même auréole claire que les diplocoques isolés. La plupart des microbes sont libres, les figures de phagocytose exceptionnelles.

Les éléments cellulaires sont relativement rares et très altérés. Ce sont des leucocytes, surtout des polynucéaires avec noyaux en pycnose ou en chromatolyse, et des débris cellulaires qui paraissent provenir de cellules cylindriques desquamées.

Cultures. — Le pus trachéal, ensemencé sur agar, fournit en vingt-quatre heures des colonies nombreuses for-

mées de petits grains semi-transparents analogues aux colonies de streptocoques.

Les frottis de ces cultures examinés au microscope après coloration montrent des diplocoques auréolés semblables à ceux du pus tels que nous les avons décrits ; ils ne présentent nulle part la forme en chaînette.

Les repiquages sur gélose donnent à la température ordinaire du laboratoire des cultures abondantes. Ces cultures restent vivaces et repiquables pendant deux mois.

L'ensemencement sur liquide d'ascite artificiellement digéré et stérilisé à l'autoclave, donne un trouble uniforme qui dépose au bout de 48 heures. Les frottis de ces cultures sur ascite examinés au microscope après coloration montrent de courtes chaînettes de diplocoques analogues à celles du pus, mais non auréolées.

Inoculation. — Plusieurs inoculations à la souris blanche du pus recueilli au sortir de la canule, et du produit de râclage des cultures sur agar, dilué dans l'eau peptonée, restent négatives.

A l'autopsie du nouveau-né, on trouve une congestion intense de tous les viscères, sans autre lésion macroscopique que de petites suffusions sanguines de couleur ecchymotique sur les séreuses, surtout sur la séreuse péricardique. La rate est volumineuse, les poumons n'ont pas encore respiré ; plongés dans l'eau, ils tombent au fond du vase.

Les coupes histologiques des viscères ne révèlent pas d'autres particularités qu'une distension des capillaires, surtout remarquable dans le rein et la surrénale, et de vastes nappes hémorragiques dans la rate, masquant l'architecture de la pulpe, et dissociant la périphérie des corpuscules de Malpighi.

Examen bactériologique des organes du fœtus. — Sur les coupes de rate et de rein traitées par la méthode de Gram, on trouve des diplocoques auréolés de morphologie identique à ceux des crachats de la mère.

Ces diplocoques ne présentent nulle part la forme chaînette ; ils sont particulièrement nombreux dans les hémorragies de la rate et dans les capillaires qui entourent les tubes contournée du rein ; on ne voit nulle part de figure de phagocytose.

On ne peut en déceler sur les frottis du sang du cœur, mais l'ensemencement de ce sang sur agar donne d'emblée des cultures pures de petites colonies arrondies, translucides. L'examen des frottis de ces cultures sur lame après coloration montre des cocci dont quelques-uns sont groupés en diplocoques, dont la plupart font des chaînettes de six à dix éléments. Diplocoques et chaînettes sont auréolés.

Des repiquages multipliés ont permis d'identifier les deux microbes provenant de la mère et du fœtus : la culture répétée sur bouillon a permis d'obtenir avec le germe maternel des germes en chaînettes ; la culture répétée sur agar a donné avec le germe fœtal des formes diplococciques presque à l'état de pureté. L'un et l'autre poussent à la température ordinaire du laboratoire et sont repiquables après plusieurs semaines. L'un et l'autre ne paraissent pas pathogènes pour la souris.

Forme à streptocoques

Il y a peu d'observations de laryngites phlegmoneuses dans lesquelles l'examen bactériologique ait fait voir le *streptocoque*. C'était seulement sur des caractères cliniques que Massei se basait pour décrire cette forme de laryngite phlegmoneuse à streptocoques qu'il appelait érysipèle primitif du larynx.

Nous avons dit que Gauché avait étudié avant lui l'érysipèle du larynx. Dans l'observation qu'il lut à la Société anatomique, en 1877, on trouve que l'érysipèle avait débuté

par le pharynx, avait gagné la face, puis s'était compliqué d'œdème du larynx à détermination glottique et sous-glottique. L'affection s'était terminée par la mort.

Mais ce n'était pas là un cas d'érysipèle primitif, suivant la conception de Masséi. Le professeur de Naples, dans son mémoire de 1885, assignait à l'affection les caractères suivants :

Début du gonflement par la base de la langue, pour de là gagner l'épiglotte et les replis aryténo-épiglottiques ; la dysphagie est le premier symptôme en date.

La température est dès le début très élevée ; elle atteint 40° et plus ; elle présente des rémissions matinales avec exacerbations vespérales.

La dyspnée est très accentuée.

A l'examen laryngoscopique, on voit une tuméfaction quelquefois énorme de l'épiglotte et des replis glosso-épiglottiques et aryténo-épiglottiques : la muqueuse est tendue et très rouge.

Masséi insistait particulièrement sur la tendance remarquable au déplacement de cet œdème, d'où la variabilité extrême d'un moment à l'autre de la dyspnée et de la dysphagie. La courbe de la température présentait, elle aussi, des sautes inattendues.

Cette affection est grave ; la mort arrive par asphyxie ou par ce que Masséi appelle la migration de l'érysipèle aux poumons, autre signe qui, pour lui, avait une grande valeur diagnostique.

Fazano, de Naples, fut le premier qui, dans un cas (1887) ressemblant cliniquement au cas de Masséi, mit en évidence le streptocoque. Schech, de Munich, Semon,

Bryson-Delavan apportèrent à cette époque des observations confirmatives.

Nous reproduisons trois observations de laryngite phlegmonéuse à streptocoques. Dans l'une, on trouva des cultures pures dans le pus du larynx. L'affection se termina par la mort.

Dans les deux autres cas, c'est sur l'apparition d'un érysipèle de la face que l'auteur s'est appuyé pour affirmer la nature streptococcique de la laryngite.

L'érysipèle apparut, dans le premier cas, dans le courant du quatrième jour ; dans le deuxième, qui se termina par la mort, au cinquième jour.

La laryngite fut donc très grave dans ces trois cas : il y eut une dysphagie intense, une dyspnée très prononcée. La température fut très élevée : 39° à 40° ; elle se maintint en plateau à ce niveau. L'on ne remarque pas non plus les oscillations de l'œdème qu'avait signalées Masséi,

OBSERVATION III

Phlegmon laryngien streptococcique, mort subite (par les docteurs Prieur et Claoué. (Soc. fr. de Laryng. Mai 1899.)

Le nommé C., caporal, se déclare malade le 20 février au matin. Dans la nuit, il a été brusquement pris d'un violent frisson, bientôt suivi d'une sensation de brûlure au fond de la gorge, s'exagérant dans la déglutition.

Ce malade ne peut attribuer aucune cause à sa maladie ; il n'a pas pris froid ; la veille et les jours précédents, il a fait son service comme à l'ordinaire et n'a éprouvé aucun symptôme précurseur de sa maladie actuelle.

Il est d'une constitution robuste, n'a jamais été malade ;

il est l'aîné de quatre enfants bien portants ; son père est mort tuberculeux. Sa mère est bien portante.

Examen. — Le malade accuse surtout une vive dysphagie, accompagnée de céphalalgie et de courbature générale. Il y a une certaine gêne respiratoire aux deux temps de la respiration. La voix est un peu altérée, la toux est peu fréquente et s'accompagne de quelques expectorations muqueuses. La température est de 39°. La langue est rouge, avec tendance à la sécheresse. Le pharynx, les piliers, les amygdales sont un peu congestionnés, mais ne présentent aucune affection caractérisée.

A l'examen du larynx, nous observons que l'épiglotte est déformée et envahie par un œdème dur de couleur violacée qui atteint également les replis aryéno-épiglottiques (surtout le droit) ; les bandes ventriculaires sont gonflées, mais pas au point de masquer les cordes vocales, qui apparaissent rosées. Il existe un léger engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. Le poumon et les autres organes successivement examinés se manifestent normaux. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. La face ne présente pas de traces d'érysipèle. Aucun cas d'érysipèle ne s'est produit au régiment ces temps derniers ; mais il convient de faire remarquer que sévissent en ce moment un grand nombre d'angines herpétiques et d'amygdalites pultacées.

Le malade est envoyé d'urgence à l'hôpital, où le traitement suivant lui a été appliqué : glace à l'intérieur, compresses très chaudes autour du cou, lavement purgatif, pilocarpine, etc. La trachéotomie pouvant devenir rapidement nécessaire, tous les préparatifs furent faits en vue de cette éventualité.

A 11 heures du matin, l'état est stationnaire ; la gêne respiratoire n'a pas augmenté.

A 6 heures du soir, 38° ; pouls, 100 pulsations.

La voix n'est toujours pas atteinte ; aucun accès de suffocation ne s'est produit dans la journée ; il paraît y avoir un

peu moins de gêne respiratoire ; la dysphagie est toujours très intense.

A 7 heures et demie environ, au moment où le malade se soulève pour prendre un peu de glace, il a une petite quinte de toux, s'affaisse, a quelques convulsions et meurt en quelques secondes. Nous arrivâmes dix minutes après ; les tractions rythmées de la langue, la respiration artificielle ne purent ramener le malade à la vie.

Autopsie. — Le pharynx, le plancher buccal, le cou et ses aponévroses, l'espace rétro-pharyngien sont normaux. La région sus-glottique seule présente un œdème intense, envahissant l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques et les bandes ventriculaires. Dans les points où cet œdème est le plus intense, on trouve une véritable infiltration purulente. Pas de corps étrangers, ni d'ulcérations ; les cartilages ne sont pas altérés.

Ce pus examiné est constitué par des leucocytes polynucléés et des *streptocoques* souvent inclus à l'intérieur des leucocytes. Malgré le séjour dans l'alcool, les parties centrales de l'abcès ont étéensemencées et ont donné des cultures de streptocoques à l'état de pureté. Tous les autres organes sont sains ; rien au cœur ; les reins ne présentent ni congestion, ni néphrite.

Il s'agit donc d'un phlegmon laryngien streptococcique primitif, toute affection de voisinage ou éloignée devant être écartée.

OBSERVATION IV (*Résumée*)

Erysipèle du larynx (par le docteur Sokolowski, médecin en chef de l'hôpital du Saint-Esprit, à Varsovie). Arch. int. de Laryng., 1893.

Il s'agit d'une jeune femme qui, huit jours auparavant, avait été prise de violents frissons et de malaise général.

Depuis quatre jours, elle ressentait de vives douleurs dans le cou et une dysphagie marquée, avec température s'élevant à 39°, puis à 40°, et frissons incessants. La muqueuse du pharynx était très congestionnée, l'amygdale gauche légèrement tuméfiée et présentant les signes de l'angine lacunaire.

Le docteur Sokolowski la voit le 27 février. Frissons violents. Dysphagie extrême. Voix enrrouée. Les ganglions lymphatiques du cou et ceux de la région sous-maxillaire sont gros et douloureux. La muqueuse du pharynx est rouge.

Examen laryngoscopique : région aryténoïde droite, très rouge et hyperhémique, ainsi que le ligament aryténo-épiglottique droit. Les bandes ventriculaires sont rouges, oedémateuses. Les cordes vocales ne sont pas visibles. L'examen était douloureux, par suite d'une très forte hyperthémie de la langue.

Rate grosse. Rien aux autres organes.

On diagnostique une laryngite phlegmoneuse aiguë. Le soir, température, 40°8, affaiblissement considérable, vomissements, selles involontaires.

Le lendemain, 24 février, pas de changement. La température était de 40°5 le matin, de 41° le soir ; vomissements, délire.

Le 29 février : température, 39°3. Expectoration d'une petite quantité de pus séreux présentant quelques traces de sang ; légère amélioration locale. Le soir : température, 40°7.

Le 1^{er} mars, la température reste très élevée : 40°7 le matin, 40°2 le soir. Mais l'état local est bien meilleur. La malade parle et avale sans difficulté. La paroi postérieure du larynx est moins tuméfiée : les cordes vocales sont déjà visibles. L'apparition d'un érysipèle de la face vint donner l'explication de cette persistance de la température : il débuta par l'aile nasale gauche.

La guérison de cet érysipèle fut longue. La température se maintenait à 40° et elle ne devint normale que le 12 mars.

Puis, au bout de quelques jours, la rougeur s'étendit au tronc ; nouveaux frissons, nouvelle élévation thermique. Cette dernière poussée ne dura pas longtemps.

OBSERVATION V (*Résumée*)

Erysipèle du larynx. Mort. (Sokolowski.)

Concerne une femme de 60 ans, qui depuis deux jours se plaignait d'enrouement, de douleurs dans le cou et de dysphagie. La température dépassait 39°. L'hyperhémie de la langue rend très difficile l'examen laryngoscopique ; il y a une forte rougeur de la muqueuse du pharynx, et surtout du voile du palais ; la luette est oedématiée. Il y a une forte hyperhémie des ligaments ary-épiglottiques et de l'épiglotte qui est tuméfiée au point d'empêcher de voir l'intérieur du larynx. Pas de signes de sténose cependant. Elle entre à l'hôpital et pendant cinq jours, sa température se maintient entre 39° et 40°.

Le sixième jour de son entrée à l'hôpital, la température égale 40°6 ; un érysipèle se déclara sur la joue gauche. Le lendemain, la malade mourut.

Forme à pneumocoques

C'est le type peut-être le mieux caractérisé. Toutes les observations que nous avons étudiées présentent dans leur symptomatologie, leur évolution des similitudes frappantes.

La laryngite phlegmoneuse à pneumocoques atteint en général les adultes dans la force de l'âge. Dans presque tous les cas, on ne retrouve comme cause invoquée que le refroidissement.

Les *prodromes* durent peu. Entre le premier malaise et l'apparition des troubles respiratoires graves, il ne s'é-

coule que deux jours, trois tout au plus. Ce sont des frissons qui ouvrent la scène ; ils sont quelquefois violents. Puis apparaît une douleur au niveau du larynx ordinairement assez légère, un peu de dysphagie, de l'enrouement et un état de courbature générale.

La *dyspnée* apparaît vite, s'aggrave, devient inquiétante et oblige à trachéotomiser dans la moitié des cas, le deuxième ou le troisième jour. Dans les autres cas, la collection qui s'est formée s'ouvre : c'est d'habitude aussi vers le deuxième jour des troubles respiratoires, quatre ou cinq jours après le début de l'affection, que se produit cette ouverture.

L'*examen laryngoscopique* ne donne rien ici de très particulier : la tuméfaction du larynx est énorme, envahissant la région sus-glottique, le vestibule, la région rétro-laryngée. Le pharynx est normal ou un peu rouge.

Il y a de l'empâtement de la région cervicale sur les côtés du larynx.

Les symptômes généraux sont ceux d'une infection grave : la température n'est jamais inférieure à 39° ; elle atteint 40°, 40° 5. Parfois il y a du délire.

L'albumine se retrouve constamment dans les urines.

Mais ce qui caractérise le mieux cette forme, c'est la *constance des complications pulmonaires* : LA PNEUMONIE EST LA RÈGLE. On peut presque la considérer comme un des symptômes nécessaires de l'affection. Elle est parfois double et peut s'accompagner de pleurésie purulente.

Un fait très intéressant nous semble se dégager de l'étude de cette complication. La pneumonie est là évidemment secondaire. Elle apparaît alors que la laryngite est

dans sa période d'état ; nous pouvons dire plus, quand l'abcès s'est ouvert ou après que la trachéotomie a ouvert les tissus infectés par le pneumocoque et donné libre voie aux sécrétions septiques.

Il se produit à ce moment *une véritable injection en masse dans la trachée de pneumocoques virulents* qui vont cultiver à la base du poumon. Il se réalise là en clinique, ce qu'a produit expérimentalement Gamaleia en injectant dans la trachée du mouton une culture virulente de pneumocoques, après avoir préalablement traumatisé la muqueuse des voies respiratoires avec du tartre stibié. Gamaleia obtenait ainsi des pneumonies.

Le pronostic est sérieux, mais non désespéré ; et sur les sept cas dont nous rapportons les observations, il n'y eut que deux morts. Sur les cinq guérisons, trois sont survenues spontanément : il y eut ouverture de la collection, pneumonie consécutive et évolution normale de celle-ci. Les deux autres guérisons survinrent après la trachéotomie ; il y eut également une pneumonie consécutive.

Dans l'un des cas mortels (observation V), la trachéotomie ne fut pratiquée qu'au dernier moment, trop tard ; il y avait d'ailleurs une pneumonie double. Dans le deuxième cas mortel (observation VI), la malade mourut malgré la trachéotomie. On trouva un litre de pus dans la plèvre.

Dans trois des observations que nous rapportons, l'examen bactériologique montra du pneumocoque. Pour les autres cas, l'apparition d'une pneumonie franche, aiguë, leur ressemblance avec les premiers, permettent sans conteste de les ranger parmi les formes à pneumocoques.

OBSERVATION VI

Abcès rétro-laryngé aigu primitif à pneumocoques, compliqué de pneumonie (Josserand). Prov. Méd., 16 août 1890.

Jeannette C..., âgée de 41 ans, entre le 26 juin à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Clotilde. Elle est en proie à une dyspnée très vive, avec tirage et cornage, si bien qu'on prépare tous les instruments pour la trachéotomie. L'aphonie est à peu près complète. Il n'y a pas beaucoup de cyanose, mais un certain abattement et de l'anxiété. Température : 39 degrés 8.

Les renseignements que donne la malade sont les suivants : hier matin, 25 juin, elle était en parfaite santé et était venue voir un malade à l'hôpital. Dans la soirée, elle a été prise de frissons avec un peu de douleur au niveau du larynx ; puis sa voix s'est rapidement éteinte, et des accès de suffocation ont éclaté la nuit.

Elle raconte bien qu'elle est assez sujette à s'enrouer, mais sa santé habituelle est excellente. Pour elle, la cause de son mal est un courant d'air auquel elle s'est exposée en dormant la fenêtre ouverte.

Rien aux poumons, rien au cœur. Dans les urines, disque albumineux assez épais.

L'examen laryngoscopique, pratiqué immédiatement, fait constater une rougeur diffuse du pharynx. Les cartilages aryténoïdes et les replis du pharynx épiglottiques sont tuméfiés au point que l'orifice supérieur du larynx est réduit à un aspect linéaire. Les fossettes pyriformes n'existent plus, elles sont comblées et même surélevées par le gonflement. Enfin, l'épiglotte est aplatie et déformée.

Prescription pour la nuit : compresses chaudes du cou, pulvérisations boriquées, thum, teinture de cannelle.

27 juin. — Nous voyons ce matin la malade pour la pre-

mière fois. La dyspnée a beaucoup diminué ; la dernière partie de la nuit a été assez calme ; la voix est encore enrouée, grasseyante, mais sensiblement moins éteinte que la veille. Mais le thermomètre marque 40°, et la malade est pâle et a l'air profondément intoxiquée. Sur la partie latérale du cou, sur le côté gauche du larynx, on constate un gonflement considérable, occupant la région sus et sous-hyoïdienne ; ce gonflement est rouge, chaud, mais on n'y constate pas de fluctuation.

Au laryngoscope, on note du gonflement des aryténoïdes et de la fossette rétro laryngée gauche. Le bord gauche de l'épiglotte est irrégulier, déchiqueté. En somme, l'œdème a diminué et on peut apercevoir l'orifice glottique. Ça et là, des traces de pus répandu sur le larynx.

Conclusion : l'abcès péri-laryngé s'est ouvert, et la diminution de la dyspnée a coïncidé avec cette ouverture et avec l'empatement de la région cervicale.

L'albuminurie persiste. Rien aux poumons. Mais M. Garel prévoit, d'après son expérience, la possibilité d'une pneumonie. La malade n'expectore pas de pus.

28 juin. — Dans le courant de la journée d'hier, l'abcès a dû s'ouvrir plus largement, car dans la soirée, la malade s'est sentie la bouche inondée de pus, qu'elle expectore encore ce matin en grande abondance. Quelques heures avant, cette petite vomique, vers une heure de l'après-midi, elle a senti un point de côté à gauche.

On ausculte ce matin la malade, et on constate à la base gauche de la matité, un souffle tubaire et des râles crépitants. Il n'y a pas d'expectoration pneumonique, tout se borne à des rejets fréquents de pus qui vient de la gorge. On en recueille sur une lamelle, et on colore au violet de gentiane : l'examen microscopique permet de constater, au milieu de nombreux cocci soit isolés, soit en chaînette, des diplocoques entourés d'une capsule, et d'aspect lancéolé,

dans lesquels M. Roux reconnaît le pneumocoque de Fraenkel.

Le thermomètre marque 40°2 le matin et 36°6 le soir. L'albuminurie persiste, mais l'état général est meilleur.

Au laryngoscope, on constate que l'épiglotte a repris son apparence normale ; l'œdème des aryténoïdes a diminué, et le craquement laryngo-trachéal, qui avait disparu, existe maintenant.

29 juin. — Température, 40°2 le matin, 40°4 le soir. Pas encore de crachats pneumoniques ; la malade ne rend plus de pus. Albuminurie. Le souffle tubaire a augmenté d'intensité.

30 juin. — Même fièvre ; la zone pneumonique s'est étendue en haut, on a du souffle et des râles crépitants jusqu'à l'épine de l'omoplate. Crachats safranés et adhérents. Quelques râles sous-crépitaux à la base droite.

Le 1^{er} juillet, la malade eut une défervescence incomplète suivie les jours suivants d'une chute en lysis. L'état général s'améliorait rapidement et, le 10 juillet, le thermomètre dépassait à peine 38° depuis quelques jours, lorsque subitement, la température remonte à 40°, en même temps qu'apparaissent des signes de pelvi-péritonite (douleurs, vomissements, tuméfaction du cul-de-sac gauche du vagin). Cet abcès s'ouvrit aussi vite que celui du larynx ; quelques jours après, la malade le sentit crever dans le vagin. On recueillit du pus avec le doigt, et M. Roux crut y constater des pneumocoques, mais d'une façon moins évidente que dans l'abcès laryngien. On parla alors de faire une ponction vaginale, mais la malade alarmée demanda son exeat.

OBSERVATION VII

Infection rétro-laryngée à pneumocoques. Pneumonie double consécutive. Abscess de la paroi abdominale terminée par résolution. Guérison. (Par Barjon, int. des hôpitaux.) (Prov. Méd., 27 janvier 1894.)

S. Auguste, 36 ans, menuisier, ne présente aucun antécédent héréditaire ni personnel. Sujet robuste, très fort, ayant habituellement une excellente santé ; entre à l'hôpital de la Croix-Rousse le 13 décembre 1893.

Il y a quatre jours (dimanche dernier), le malade aurait pris froid en déchargeant du bois sous la pluie ; il serait resté une partie de la journée avec des vêtements mouillés. Dès le soir même, il commence à sentir un malaise général, de petits frissons et une sensation de chatouillement à la gorge. Le lendemain apparaît de la gêne respiratoire qui va croissant pendant toute la journée du lundi et celle du mardi. Le mercredi, la dyspnée est énorme et le malade entre à l'hôpital dans la soirée, devant des menaces d'asphyxie.

A son entrée, on constate une dyspnée laryngée extrêmement intense avec aphonie complète et dysphagie. Le malade ne peut plus avaler de solides et déglutit avec peine quelques gouttes de liquide. Le cou est gonflé. Abolition du craquement laryngé sur la colonne. Frissons et hyperthermie. Température, 39°5. Compresse chaude autour du cou. On prépare tout pour une trachéotomie d'urgence.

Le lendemain matin, le malade est beaucoup mieux. La dyspnée est encore très vive, mais il n'y a plus de menaces d'asphyxie, le cou est moins gonflé. L'abolition du craquement laryngé existe. Le malade peut parler.

A l'examen laryngoscopique, on constate une infiltration de tout le larynx, surtout du côté droit. L'épiglotte est oedé-

matiée et se présente sous la forme d'un gros bourrelet très rouge.

Infiltration des replis aryéno-épiglottiques et des bandes ventriculaires avec prédominance marquée du côté droit. L'effacement de la fossette rétro-laryngée et de la fossette glosso-épiglottique du côté droit. L'œdème n'est plus tendu, on sent qu'il est en voie de diminution. La glotte s'ouvre bien. On aperçoit très nettement la corde vocale gauche dans ses deux tiers ; la corde vocale droite se voit plus difficilement, à cause de la prédominance de l'œdème de ce côté, mais les deux cordes sont d'un beau blanc nacré et remarquablement saines.

Aux *poumons*, on entend, à l'auscultation, quelques râles de bronchite des deux côtés. Expectorations claires séro-muqueuses, abondantes et incolores.

En présence de cette rémission brusque des accidents, M. Garel pense qu'une collection purulente rétro-laryngée a dû s'ouvrir dans la nuit ; on voit, en effet, en dehors et en arrière de l'aryénoïde du côté droit, un point blanchâtre qui paraît bien être le point d'issue de la collection purulente ; malheureusement, le crachoir de la nuit n'a pas été conservé et on ne peut vérifier la nature de l'expectoration.

En raison de cas semblables observés antérieurement, M. Garel annonce la possibilité d'une pneumonie comme complication à l'instar du cas de M. Josserand, où la pneumonie fut annoncée d'avance et confirmée cliniquement. La température oscille autour de 39°. Les urines sont rares, foncées en couleurs et contiennent des urates et de l'albumine.

15 décembre. — Hier soir, le malade se trouvait beaucoup mieux du côté de son larynx, mais commençait à exprimer quelques inquiétudes ; il disait « sentir son mal descendre dans la poitrine », il se plaignait aussi de points de côté en ceinture.

Ce matin, il présente des crachats rouillés, adhérents

nettement pneumoniques, une température de 40° et une dyspnée très intense qui n'a rien de laryngé. A l'examen du thorax, on a de la matité des deux côtés sur presque toute la hauteur des deux poumons. A l'auscultation, on entend de nombreux râles, les uns fins, les autres plus gros ; pas de souffle.

A 6 heures du soir, dyspnée extrêmement vive (50 respirations par minute).

On trouve un foyer de râles fins à gauche, dans l'aisselle ; bouffées de râles crépitants sans souffle.

A droite, on a du souffle au niveau de la fosse sous-épineuse et une peu en dedans de cette fosse.

Les crachats ont été examinés au microscope après coloration au violet de gentiane, dans un premier examen hâtif ; puis d'autres préparations ont été faites par la méthode de Gram. L'examen de ces préparations a été du reste parfaitement concordant. On a constaté la présence de nombreux cocci, soit isolés, soit groupés, soit en chaînettes ; une assez grande quantité de leptothrix et de cellules épithéliales, mais surtout la présence de très nombreux diplocoques encapsulés qui, par suite de leur coloration par la méthode de Gram, ne pouvaient être que des pneumocoques de Talamon-Fraenkel.

La présence de ces pneumocoques nous a d'ailleurs été confirmée par M. A. Roux, professeur agrégé, qui a examiné nos préparations avec une extrême obligeance.

21 décembre. — Le malade est apyrétique depuis hier. Poussée herpétique autour des fosses-nasales et des lèvres. A l'examen laryngoscopique, l'œdème a complètement disparu. On voit toujours très nettement sur la bandelette aryéno-épiglottique le même point blanchâtre déjà signalé et qui paraît très nettement être l'orifice fistuleux de l'abcès rétro-laryngé.

En effet, par l'attouchement avec un porte-coton courbe et en frottant même énergiquement, on n'arrive pas à dépla-

cer ni à faire disparaître ce point blanc qui ne peut être pris pour du mucus.

25 décembre. — Hier soir, la température s'est élevée à 39°5. Le malade a été assez fatigué cette nuit. Dyspnée assez forte, point de côté au-dessous du mamelon gauche. Toujours de nombreux râles dans la poitrine avec prédominance du côté gauche.

27 décembre. — Hier soir encore, 39°5, avec persistance des mêmes symptômes. Toujours de l'albumine et des urates dans l'urine.

28 décembre. — Le malade accuse une douleur au niveau de la fosse iliaque droite. On constate, à ce niveau, de l'empatement et de la rougeur, avec une induration superficielle en plastron qui font craindre la formation d'un abcès sous-cutané. Pas de signes de péritonite. C'est à cette localisation que paraît devoir être rapportée la poussée de température de ces derniers jours.

31 décembre. — L'empatement tend à disparaître. La rougeur a beaucoup diminué.

2 janvier 1896. — La résolution est complète, la paroi abdominale a recouvré toute sa souplesse. Plus de douleurs à ce niveau. Apyrexie complète : très bon état général. On n'entend plus que quelques râles discrets du côté gauche. L'albumine a persisté pendant quelques jours dans les urines ; le malade a une légère poussée fébrile, qui a coïncidé avec quelques symptômes d'inflammation du côté de la plèvre ; mais tout a disparu rapidement. Le malade est actuellement guéri et est sorti de l'hôpital.

OBSERVATION VIII (*Résumée*)

*Abcès rétro-laryngé aigu primitif avec pneumonie double.
Trachéotomie. Mort.* (Par Garel, médecin des hôpitaux
de Lyon.) (*Annales des Mal. du Lar.*, 1885.)

Homme de 45 ans. Début de l'affection il y a trois jours : chatouillement de la gorge, cuisson au niveau du larynx. Raucité de la voix. Bientôt les mouvements de déglutition devinrent douloureux. Le malade eut quelques frissons.

Le 11 janvier, troisième jour, début de la gêne respiratoire. Le malade se fait transporter à l'Hôtel-Dieu. Il suffocait, était très cyanosé. Bruit laryngien intense. Nuit agitée.

Le 12 janvier, cyanose, anxiété respiratoire, les pupilles sont fortement contractées. Le bruit laryngé est intense.

Examen laryngoscopique. — Le malade se laisse bien examiner.

Pharynx rouge vineux foncé : pas de gonflement inflammatoire. Rien du côté des amygdales.

Larynx : rougeur inflammatoire générale. Il y a un aplatissement transversal de la partie située au-dessus des cordes. L'épiglotte est aplatie transversalement de manière à ne présenter qu'une fente de quatre à cinq millimètres environ. Son rebord forme un bourrelet arrondi, mais de dimension presque normale, sans ulcération. Les replis aryténo-épiglottiques, comprimés de dehors en dedans, arrivent au contact au-dessus des éminences aryténoïdes et sont gonflés à ce niveau.

Les aryténoïdes sont au contact l'une de l'autre. Les sinus piriformes sont remplacés par une saillie considérable. C'est entre ces deux saillies que se trouve le larynx comprimé à sa partie supérieure.

Les cordes sont rougeâtres et couvertes de mucosités

venant de la trachée. Elles sont presque immobiles et ne paraissent s'écarter que faiblement dans les mouvements respiratoires (trois millimètres environ).

La voix est rauque, il y a un tirage constant.

Au toucher, les saillies latérales offrent une résistance très nette des deux côtés, mais plus marquée à droite. Le cou n'est pas tuméfié ; seulement, sur les parties latérales du larynx, on trouve de l'empatement douloureux à la pression. Pas de fluctuation.

A la base du poumon gauche, léger souffle à l'inspiration. Respirations : 26 à la minute. On n'a pas pris ce matin-là la température. Un peu d'albumine.

On pense à une collection purulente localisée principalement sur la face externe de la partie supérieure du larynx, au niveau de la gouttière latérale. On place sept sangsues sur la partie antérieure du cou. Gargarismes.

Le soir, même état. Dysphagie extrême ; le malade ne peut prendre une seule goutte de liquide sans avoir immédiatement une toux spasmodique qui provoque le rejet du liquide ingéré et lui cause une vive douleur. Léger délire.

13 janvier. — Depuis 6 heures du matin, dans les liquides que le malade rejette, on constate une teinte louche grisâtre qui dénote que le foyer purulent s'est ouvert.

A l'examen laryngoscopique : l'œdème a diminué ; les cordes vocales inférieures ne sont pas très rouges, elles s'écarternt légèrement l'une de l'autre. Elles sont couvertes de pus dans les efforts de phonation. La déglutition des liquides est encore impossible. Température : 39°5. Dyspnée vive.

A la base gauche : foyer d'hépatisation.

Dans l'après-midi, le malade est très affaibli. Délire continu. Peau cahude, sèche, pouls accéléré, très irrégulier.

Entré 4 et 5 heures du soir, l'asphyxie devient très marquée ; on fait la trachéotomie à la dernière extrémité. Le

malade respire, mais ne parvient pas à reprendre connaissance. Il meurt à 11 heures du soir.

Autopsie par M. Tripier, professeur d'anatomie pathologique, trente-six heures après la mort.

Larynx : muqueuse gonflée ; elle a l'aspect d'une muqueuse fraîchement cautérisée. Pus à l'intérieur du larynx surtout dans le ventricule droit. Tâche grisâtre sur la face externe de l'aryténoïde droit ; on l'incise et l'on tombe sur un tissu infiltré de pus. Les deux gouttières sont encore passablement effacées. Le foyer d'infiltration occupe le tissu cellulaire de l'espace rétro-laryngé et contourne toute la face externe droite de l'épiglotte. Aucune lésion des cartilages. Pas d'infiltration purulente à gauche. Les cordes vocales inférieures sont roses.

A droite : pneumonie récente. A gauche : pneumonie franche également. Elles occupent tous deux plus de la moitié inférieure des poumons.

Cœur, reins : rien d'intéressant.

Rate : grosse, mais saine.

Pas de lésion du côté de l'estomac et de la vessie.

OBSERVATION IX

Laryngite aiguë suppurée à pneumocoques. Pleurésie purulente droite. Trachéotomie. Mort. (Par Florand. Soc. clin. de Paris, 1885.)

Le nommé G., artiste dramatique, âgé de 41 ans, entre à l'hôpital Lariboisière, service de M. Proust, le 5 mai 1885.

Le malade a fait de tout temps des excès alcooliques. Depuis quelque temps, il vit dans une assez grande misère. Il a cependant, depuis une quinzaine de jours, trouvé à remplir un rôle assez important qui lui permet de mieux vivre, mais qui le force à se surmener beaucoup.

Le jeudi 30 avril, il était en excellente santé et n'accusait qu'une légère fatigue.

Le vendredi 1^{er} mai, il ressentit un malaise général qu'il attribua à un léger mal de gorge. Malgré cela, il se rendit au théâtre, y remplit son rôle jusqu'à la fin de la soirée, sortit couvert de sueur et rentra chez lui mouillé par une averse qui traversa ses vêtements. Il eut, en se mettant au lit, un assez violent frisson. Son mal de gorge, qui était insignifiant, se déclara très violent. La déglutition était fortement gênée et la respiration un peu difficile. Il accusait également une violente douleur dans l'épaule gauche et le côté droit.

Le samedi 2 mai, la déglutition était toujours difficile, la respiration plus gênée, la douleur de la gorge plus intense et la voix déjà un peu voilée. Le malade prit, sur les conseils du médecin, un vomitif qui ne lui apporta que peu de soulagement. La nuit fut très agitée.

Le dimanche 3, la voix était complètement éteinte, la respiration beaucoup plus difficile, mais la déglutition plus facile et la douleur de gorge moins vive. L'épaule gauche était toujours très douloureuse et le point de côté beaucoup plus violent venait encore augmenter la gêne de la respiration.

Le lundi 4, les phénomènes signalés devinrent beaucoup plus intenses et le malade fut transporté à l'hôpital le mardi 5, à 6 heures du soir.

Etat à son entrée. — Respiration courte très fréquente, manifestement gênée, surtout à l'inspiration beaucoup plus qu'à l'expiration. Tirage sus et sous-sternal. A l'examen de la poitrine, submatité des deux côtés, mais beaucoup plus prononcée à la base droite. Le murmure vésiculaire arrive difficilement à l'oreille et est très affaibli. Quelques râles fins, facies violacé.

L'examen du fond de la gorge ne permet d'y constater qu'une légère rougeur sans tuméfaction. Il est impossible de prolonger l'examen ou de le pousser plus loin, car le malade est très fatigué, sa voix est tout à fait éteinte.

Traitement : vomitif, ventouses sèches.

Mercredi 6. — Le malade a été soulagé pendant quelques heures. Le matin, à la visite, l'état d'asphyxie persiste, et comme la dyspnée paraît surtout laryngée, M. Proust me prie de pratiquer la trachéotomie.

Opération par le procédé lent. La canule est mise sans difficulté.

L'opération apporte un soulagement immédiat à la gêne respiratoire qu'éprouvait le malade, mais la fréquence de la respiration persiste. La dyspnée n'est plus laryngée, elle est thoracique.

Le malade succombe dans la nuit.

Autopsie. — L'ouverture du larynx, pratiquée par la partie postérieure, permet de constater une infiltration purulente de toute la muqueuse du larynx. Cette infiltration est beaucoup plus prononcée au niveau des replis aryéno-épiglottiques, des cordes vocales inférieures et supérieures. Les ventricules sont effacés. L'infiltration de la muqueuse ne se prolonge pas plus bas que le larynx. La muqueuse est dépolie et d'un jaune verdâtre.

Cet organe, examiné par M. Cornil, au point de vue histologique, présente les particularités suivantes : l'épithélium est desquamé, la muqueuse est bordée par le tissu conjonctif sous-épithélial. Dans tout le tissu conjonctif de la muqueuse, il existe une infiltration de petites cellules rondes, indice d'une vive inflammation allant jusqu'au périchondre. Par le procédé de Gram, on reconnaît à la surface de la muqueuse l'existence de nombreuses bactéries sans importance. Mais profondément, on rencontre des microbes plus petits, inclus dans des cellules lymphatiques, le plus souvent en fer de lance, deux par deux, trois par trois, présentant une zone claire périphérique. En somme, ces éléments ressemblent absolument, pour M. Cornil, à ceux de la pneumonie.

Les deux poumons sont congestionnés, surtout aux bases. La congestion est beaucoup plus marquée à droite, et dans la plèvre du même côté on trouve un litre de pus environ.

Rien autre d'intéressant à signaler du côté des autres organes.

En somme, il s'agit d'un malade alcoolique, fatigué, usé, qui, ayant subi l'action du froid, présente à la fois de la laryngite, de la congestion pulmonaire et de la pleurésie, paraissant présenter le même caractère infectieux. Nous croyons que c'est la première fois que l'on a eu l'occasion de vérifier la nature infectieuse d'une laryngite aiguë suppurée, et l'analogie de cette infection avec celle de la pneumonie de même nature.

OBSERVATION X

Laryngite œdémateuse. Trachéotomie. Pneumonie récidivante. (Par M. Dorange. Arch. de Méd. mil., 1882.)

L., réserviste au 10^e escadron du train, homme vigoureux, âgé de 28 ans, sans antécédents morbides, se présente à la visite le 18 février 1888, se plaignant d'être enrhumé et fatigué depuis deux jours.

Le malade paraît en effet très abattu, la voix est couverte. Petite toux sèche. A l'examen de la gorge, nous trouvons le pharynx d'un rouge vif. Le voile du palais et la luette sont également rouges et un peu tuméfiés. Quelques râles disséminés dans la poitrine des deux côtés.

Le 19, le malade a de la fièvre ; la toux est plus fréquente, la voix presque éteinte. Il entre d'urgence à l'hôpital avec le diagnostic de laryngo-bronchite.

La nuit du 19 au 20 est mauvaise, le malade a été très agité et a eu deux accès d'oppression ; nous sommes appelé le 20, avant l'heure habituelle de la visite. Nous le trouvons assis sur son lit, le visage décomposé couvert de sueur et d'une grande pâleur, les lèvres cyanosées. Il ne peut plus

parler ; il nous indique qu'il étouffe, en portant la main au niveau du larynx. La respiration gênée au plus haut degré, fait entendre dans les mouvements d'inspiration un sifflement laryngé, l'expiration qui est très incomplète, paraît cependant moins difficile. A l'auscultation, on constate que l'air n'arrive presque plus aux poumons. L'insensibilité est presque absolue et le pouls petit et fréquent. La mort par asphyxie est imminente. L'indication est formelle, nous pratiquons immédiatement la trachéotomie. La durée de l'opération fut très courte; l'hémorragie peu abondante; l'opéré rejeta seulement un peu de sang par la bouche. Il n'avait éprouvé aucune douleur, nous dit-il plus tard. Le soulagement fut immédiat.

Les suites de l'opération furent d'abord simples. La respiration diminua de fréquence pour revenir à son chiffre normal ; le murmure vésiculaire aboli avant l'opération, reparut avec une expectoration catarrhale abondante. Le thermomètre se maintint les deux premiers jours à 39°, atteignit 40° le troisième jour, puis tomba à 38°5 le quatrième jour, pour aller ainsi en déclinant. Le jour de l'opération, il y eut dans la soirée un fort accès de suffocation ; le lendemain, nouvel accès, mais moins fort que la veille.

Il n'y eut jamais d'albumine dans les urines. L'état général de l'opéré devenait meilleur de jour en jour.

Le 24 février, quatre jours après la trachéotomie, nous enlevâmes la canule. Il ne se produisit pas de dyspnée, mais la température s'éleva de nouveau pendant quelques jours, atteignant 39°5 le 25 février, 40° le 26, pour tomber progressivement à 37°5 le 28. La plaie opératoire était aussi belle que possible ; mais l'auscultation révélait l'existence de gros râles de bronchite, et l'expectoration sortait plus abondante.

Le 1^{er} mars, on constate l'existence d'une pneumonie ; le malade a été pris dans la nuit d'un violent point de côté au-dessous du sein gauche avec température 40°. Au mo-

ment de la visite, le pouls était à 120, la respiration fréquente, les joues colorées. A l'auscultation, on trouve, au niveau de la pointe de l'omoplate un foyer de râles fins et un souffle intense ; matité correspondante. Pendant neuf jours, le malade resta dans une situation grave ; la température axillaire se maintenant constamment au-dessus de 40° et le délire étant continu. Traitement par l'alcool et le sulfate de quinine à haute dose ; ventouses sèches en grand nombre.

Le 9 mars, il ne restait plus que des signes de bronchite. L'état général s'améliorait sensiblement chaque jour. La plaie opératoire se ferma le 15 mars, soit vingt-cinq jours après la trachéotomie.

Nous touchions à un rétablissement complet, quand, le 23 mars, une seconde pneumonie de déclare, évoluant au même point et de la même façon que la précédente. La période d'état dura huit jours. Le malade sorti le 5 avril guéri.

OBSERVATION XI

Un cas de pneumonie lobaire aiguë, au cours d'un œdème aigu du larynx ayant nécessité la trachéotomie. (Docteur Thornton, The Lancet, 12 août 1893.)

Le samedi 27 mai, le docteur Thornton fut appelé pour voir une femme de 35 ans, qui, disait-on, avait une forte gêne respiratoire. Il la trouva dans un état de dyspnée extrême. Son amie raconta que, deux jours avant, après avoir fait la lessive, elle s'était plainte de mal de gorge et avait eu un frisson violent. Puis le lendemain, elle s'était trouvée très enrouée et oppressée. Le samedi matin, son état avait tellement empiré que les siens alarmés l'avaient fait conduire à l'hôpital.

L'examen laryngoscopique fut impossible, mais on put voir et sentir cependant l'épiglotte très tuméfiée. L'état de la malade devint tout d'un coup si alarmant qu'on fut obligé

de faire une trachéotomie d'urgence. Immédiatement, après, il y eut un amendement de sa dyspnée. Avant l'opération, la température était de $101^{\circ}8$ (F.) ; l'après-midi, au même jour, elle atteignit 105° . La respiration était accélérée.

Le lendemain (dimanche), il n'y avait pas d'obstacle à la respiration, mais la température restait élevée et la respiration fréquente ; la malade se plaignait d'une douleur dans le côté droit. Le lundi (quarante heures après l'opération), la malade pouvait respirer par la bouche. Le mardi, la canule fut supprimée. Comme la température restait élevée et la respiration rapide, on examina la poitrine et on trouva à la base droite des signes de pneumonie.

Le mercredi (quatre jours après son admission, le sixième jour de sa maladie), la crise se produisit et la malade guérit. Il y avait eu de l'albumine dans les urines pendant trois jours seulement.

OBSERVATION XII

Inflammation aigue œdémateuse de l'épiglotte et des ary-épigloïdes infiltration périglottique. Pneumonie double. Pleurésie droite. Guérison. (Observation VIII de F. Simon. Med.Chir. Tr., London, 1895.)

Le docteur Simon fut appelé en consultation le 4 mai, 1892, auprès d'une jeune fille de 14 ans et demi pour une affection laryngée.

Quinze jours auparavant, elle avait eu un léger mal de gorge qui était guéri.

Puis, après un refroidissement, le 4 mai, elle eut de la douleur à la déglutition, de l'enrouement, un affaiblissement graduel de la voix, une dyspnée croissante. Température : 104° (F.) le matin. Pouls : 120 à 130.

Examen : aphonie complète, violent mal de gorge. Douleur à la pression sur le larynx.

Examen laryngoscopique. — Pharynx normal. Epiglotte considérablement œdématisée, rouge, brillante. Aryténoïdes tuméfiées. Les cordes vocales sont invisibles.

5 mai (au matin). — Amélioration ; voix un peu plus forte, dyspnée moins vive. Température : 101° (F.). Le larynx était moins tuméfié, mais l'haleine était fétide et la région des aryténoïdes baignait dans le pus.

Pas d'albumine.

Souffle dans le troisième espace intercostal droit près du sternum.

A 11 heures de la même matinée, violent frisson ; vive douleur au creux épigastrique. Température : 104° (F.), et le soir 105°.

On ausculte et l'on trouve à droite, à la base, un souffle tubaire et des râles crépitants ; à la base gauche, mêmes signes. Frottements pleurétiques en avant à droite dans le deuxième espace.

6 mai (au matin). — Etat général meilleur.

Température : 99°. Pouls : 96.

Etat local très amélioré. Mais il y a toujours de la matité aux deux bases, plus marquée à droite.

Le soir : Température : 102°. Pouls : 114.

La voix est presque normale. L'épiglotte est encore un peu tuméfiée, surtout à gauche, les aryténoïdes ne le sont presque plus.

Les cordes vocales sont normales ; leurs mouvements libres. Pression sur le larynx moins pénible. Les signes pulmonaires sont plus marqués que la veille.

7 mai. — Un peu d'albumine dans les urines.

10 mai. — Léger épanchement droit. Le larynx est revenu à son état normal.

11 mai. — Les phénomènes pulmonaires sont très atténués. La gorge est parfaitement normale.

Guérison parfaite.

OBSERVATION XIII

Œdème inflammatoire aigu de l'épiglotte des replis aryténo-épiglottiques, des aryténoïdes. Pneumonie de la base gauche. Mort. (Observation X du mémoire de Semon.)

Homme de 60 ans. Pris la veille de frissons, de douleur à la gorge, de dysphagie. Dyspnée très vive. Diarrhée. Léger délire.

Il a de l'orthopnée, de la cyanose des lèvres, de l'enrouement, une teinte jaunâtre de la face, un peu d'obnubilation mentale.

Température : 100°8 (F.). Pouls : 120, très irrégulier.

Examen laryngoscopique. — Pas de gonflement du pharynx. Epiglotte, replis aryténo-épiglottiques, aryténoïdes très tuméfiés, rouges, recouverts de sécrétions muco-purulentes. Cordes vocales normales. Pas de sténose absolue. Douleurs à la pression sur le cou ; pas d'empatement de la région.

Le lendemain, signes de pneumonie et mort.

Laryngite phlegmoneuse à staphylocoques

Nous donnons ici deux exemples de laryngites phlegmoneuses à *staphylocoques*, toutes deux mortelles : l'autopsie fut faite dans les deux cas. Et un examen bactériologique minutieux permit d'identifier les microbes trouvés. L'un des cas concerne un adulte ; l'autre un nourrisson.

OBSERVATION XIV

Inflammation aiguë œdémateuse de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques et des aryténoïdes. Absès sur l'aryténoïde gauche. Empatement du cou. Pleurésie double. Délire. Tentative de suicide. Mort. (Observation XIII du mémoire de Semon.) (Résumée.)

C'est un homme de 37 ans qui, depuis deux jours, avait une dysphagie très prononcée. Le premier jour, frisson violent.

Le 15 mai, il entre à l'hôpital. Sa voix est rauque. La toux est fréquente.

Examen laryngoscopique. — Pharynx normal. Epiglotte légèrement rouge et tuméfiée. Aryténoïdes et replis aryténo-épiglottiques, très tuméfiés, très rouges. Cordes vocales, légèrement rouges ; leur motilité est altérée. Le larynx renferme beaucoup de muco-pus.

Œdème inflammatoire s'étendant de la mâchoire inférieure à la clavicule sur la moitié droite du cou.

Température : 100°6 (F.).

Deux heures après son entrée, trachéotomie. Incision du phlegmon cervical qui ne donne que de la sérosité.

Par sa canule, le malade expectore les douze heures suivantes environ une once de pus liquide de couleur sombre.

Le 11 mai, à l'examen, on voit qu'un abcès siégeant sur l'aryténoïde gauche s'est ouvert. La tuméfaction du larynx a diminué. Les cordes vocales sont visibles. Leur locomotion est normale.

La température oscille autour de 100° (F.).

Le 12 mai, elle monte à 101°6 (F.) le matin, à 102° le soir.

Pouls : 104. Respirations : 56.

Le malade délirait. On trouve une pleurésie et une pneu-

monie (?) droites. Le malade essaie de se suicider en se frappant avec des ciseaux ; il est dans un délire furieux.

La mort arrive presque subitement à minuit.

Autopsie. — Péricardite récente, avec léger épanchement de sérosité trouble. Cœur normal. Couche fibrineuse sur les lobes inférieurs des deux poumons et sur les plèvres correspondantes.

Simple congestion des poumons. Foie congestionné. Rate grosse, diffluite.

Larynx : petit abcès à l'extrémité postérieure du repli aryténo-épiglottique droit. Muqueuse laryngée rouge, tuméfiée, recouverte de muco-pus. Beaucoup de mucus dans la trachée et les bronches.

Une petite ulcération atteignant la muqueuse et la sous-muqueuse s'observe sur l'anneau trachéal voisin de la plaie de trachéotomie.

Cultures avec sécrétions de la plaie trachéale : on trouve des *staphylocoques*.

OBSERVATION XV (Résumée)

Un cas de laryngite intense, ayant déterminé de l'œdème sus-glottique. (Deguy et Detot. Société de Pédiatrie. Janvier 1904.)

L'enfant B., Maurice, âgé de 19 mois, entre le 7 décembre 1903, le matin, au pavillon de la diphtérie (hôpital des Enfants-Malades). Il n'a pas eu de maladie antérieure (ni rougeole, ni scarlatine, ni coqueluche). Les parents sont bien portants ; la mère, qui a subi la trachéotomie à l'âge de quatre ans, âgée actuellement de 27 ans, ne présente aucune altération appréciable de l'appareil respiratoire, aucun signe de tuberculose.

L'enfant est un peu abattu depuis huit jours, mais il y a seulement vingt-quatre heures qu'est apparue de la gêne

respiratoire. Cette difficulté de la respiration s'est accentuée progressivement pendant la journée d'hier et la nuit ; l'enfant a toussé, mais *la toux n'était pas rauque et la voix est toujours restée claire* ; il a pris le sein à plusieurs reprises et n'a pas vomé.

Au moment où l'enfant est amené à l'hôpital, on constate tous les signes d'une *dyspnée purement inspiratoire*. A chaque inspiration, il se produit une légère dépression sus-sternale, de la dépression sus-claviculaire et épigastrique.

Néanmoins, le tirage n'est pas très violent ; l'expansion thoracique est incomplète ; l'expiration se fait sans aucune gêne. La première inspiration est bruyante.

A l'auscultation, il existe un bruit, d'origine laryngé, qui couvre le murmure vésiculaire et ne permet pas d'en apprécier les caractères ; on ne perçoit pas de râles ni en arrière, ni en avant.

L'inspiration est accompagnée d'un bruit de cornage assez intense ; au contraire, l'expiration ne s'accompagne d'aucun bruit anormal. Il y a 40 mouvements respiratoires par minute, le pouls reste bon, mais rapide (158) ; il ne se produit pas de pouls paradoxal. La température est 37°2.

La gorge est normale ; il n'y a aucun exsudat ; l'examen bactériologique est négatif au point de vue de la diphtérie. La dyspnée persistant et s'accroissant, on décide de faire le tubage (à 10 heures et demie). Au moment du tubage, l'index gauche, cherchant les points de repère de l'orifice supérieur du larynx, tombe sur une région œdématiée : *les replis aryténo-épiglottiques, la région inter-aryténoïdienne et l'épiglotte forment un bourrelet circulaire limitant étroitement l'orifice supérieur du larynx* ; on ne perçoit que vaguement le sommet des aryténoïdes ; l'exploration du pharynx ne révèle aucune tuméfaction anormale.

L'introduction du tube est néanmoins facile (tube de deux ans). Après ce tubage, la dyspnée persiste, il n'y a plus de bruit inspiratoire, l'expiration se fait aisément.

Mais non seulement il n'y a pas de diminution appréciable de la gêne inspiratoire, mais celle-ci continue à s'accroître, si bien qu'à onze heures, c'est-à-dire une demi-heure après le tubage, l'asphyxie devenant subitement menaçante, on est obligé de faire la trachéotomie. Dans l'intervalle, l'enfant avait rejeté son tube sans qu'on s'en fut aperçu. Est-ce à cette circonstance, ou bien au fait que les replis aryténo-épiglottiques recouvraient l'orifice du tube à chaque inspiration que la dyspnée s'est aggravée rapidement ? Il n'a pas été possible de le préciser.

Quoi qu'il en soit, la trachéotomie a été pratiquée immédiatement, sans qu'on ait eu le temps de prendre les précautions antiseptiques ordinaires. Après la trachéotomie, la dyspnée disparaît ; l'enfant respire bientôt régulièrement et reste calme ; le soir, la température est 38°8 ; la respiration est régulière.

8 décembre. — On constate encore, par le toucher, l'existence de l'œdème sus-glottique, sous forme d'un bourrelet assez dur entourant l'orifice supérieur du larynx.

Il y a 52 mouvements respiratoires par minute ; le pouls est assez fort, mais très rapide (180). A l'auscultation, on trouve une respiration soufflante dans toute la poitrine, due au retentissement du bruit canulaire. La température de 37°6 le matin, s'élève le soir à 39°4. Il n'y a pas d'albumine dans l'urine.

9 décembre. — L'œdème laryngé est encore considérable ; il a cependant diminué.

Dans la gorge, on voit du pus assez abondant ; il n'y a pas d'exsudat ; la langue et la muqueuse buccale sont normales. Il n'existe pas d'œdème sous-cutané.

Pouls : 160. Respiration : 44.

A l'examen de la poitrine, on trouve quelques râles ronflants à gauche. Au moment où on change la canule, la respiration se fait facilement par la plaie trachéale ; mais si on obture l'orifice, la dyspnée reparaît, l'air ne passant

pas par le larynx. Les urines sont épaisses, rougeâtres, et contiennent 0 gr. 75 d'albumine. L'enfant est allaité par sa mère, tête normalement et ne rejette pas son lait. Température : 39°2 matin, 39°4 soir.

10 décembre. — La température reste élevée (39°2 le matin, 39°8 le soir) ; on ne trouve aucun signe de broncho-pneumonie. L'œdème a très peu diminué. On essaye de laisser respirer l'enfant sans canule ; tant qu'on laisse la plaie trachéale ouverte, la respiration est facile, mais si on la ferme avec un tampon, la dyspnée se reproduit. On met un tube court dans le larynx et on essaye de supprimer la respiration par la plaie trachéale : la dyspnée reparait aussi intense. Aussi laisse-t-on la canule ; il se produit plusieurs accès de toux déterminant la sortie par la canule d'un pus assez abondant. Le traitement consiste en bains chauds et inhalations d'oxygène. Le soir, la respiration est plus rapide. Dans la nuit, la dyspnée augmente, bien que la canule ne soit pas bouchée ; l'enfant se cyanose progressivement et il succombe à trois heures du matin.

AUTOPSIE

Larynx et trachée. — La muqueuse laryngée est pâle et œdématisée au niveau des cordes vocales supérieures, et des replis aryéno-épiglottiques. Quelques ulcérations au niveau de la canule de trachéotomie. Muqueuse de la trachée et des bronches est rouge.

Poumons. — Fortement congestionnés. Pas de noyau de broncho-pneumonie.

Cœur. — Rien de particulier. Rien d'intéressant dans les autres organes.

Il fut fait *post mortem* des cultures du sang du cœur et des cultures de la muqueuse trachéale, vers l'incision de la trachéotomie, au niveau des petites ulcérations de la mu-

queuse. On trouve le même microorganisme, à l'état de pureté : c'était une variété de *staphylocoque doré*, très virulent.

Diagnostic

La laryngite phlegmoneuse est une affection grave, où il faut appliquer d'urgence des moyens thérapeutiques énergiques d'où dépendra dans bien des cas la vie du malade. Il faut faire un diagnostic précis.

Le problème se pose ainsi le plus souvent : on se trouve en présence d'un sujet qui asphyxie ; son affection, on l'apprend, date d'un jour ou deux ; la dyspnée permanente est coupée d'accès de suffocation intenses. Quelle est l'origine de cette dyspnée ?

Tout indique d'abord qu'on a affaire à une *dyspnée laryngée* : l'attitude du malade, qui porte la main à son larynx, où il sent bien que siège l'obstacle : la douleur au niveau du cartilage thyroïde. La dysphalie concomitante, mais surtout le cornage et le tirage sus-sternal.

Il n'est pas besoin d'un examen très attentif pour éliminer ainsi les causes de *dyspnée intense d'origine pulmonaire* : l'asthme, la broncho-pneumonie, l'œdème aigu du poulmon.

Dans certains cas d'anévrysme de l'aorte, de goître, d'adénopathie trachéo-bronchite, de tumeur du médiastin, on aura bien des accès de suffocation, mais non, cette dyspnée continue et progressive de la laryngite phlegmoneuse.

Cependant, si, au cours de ces affections, il survient

une lésion des récurrents et une *paralysie des abducteurs de la glotte*, l'erreur est plus facile. Ces faits sont rares. Seul l'examen laryngoscopique pourra les éclairer en montrant l'immobilisation et le rapprochement des cordes vocales.

On a reconnu que la dyspnée est d'origine laryngée. Il faut en découvrir la cause. Le diagnostic précis sera beaucoup plus facile chez l'adulte que chez l'enfant.

CHEZ L'ADULTE

La seule classe d'affections qui peuvent prêter à confusion avec la laryngite phlegmoneuse est celle des *œdèmes du larynx secondaires* à des lésions de l'organe ou à des lésions du voisinage.

Dans la *tuberculose laryngée* peuvent éclater des accès de suffocation, dus soit à un œdème aigu, soit plutôt à une infiltration tuberculeuse des tissus du larynx. Ce sont des faits rares. L'infiltration laryngée peut être considérable, amener une sténose et une déformation très marquée de l'orifice laryngien sans troubles respiratoires très graves. D'ailleurs, il y a eu depuis longtemps des symptômes d'une affection laryngée chronique et le miroir montre des lésions caractéristiques.

Les œdèmes survenant au cours d'une *sypilis laryngée*, soit à la période secondaire, soit plutôt à la période tertiaire ou dans une sypilis congénitale, peuvent produire des accès de suffocation intenses et entraîner la mort. Mais ils sont précédés de symptômes laryngés assez longtemps.

auparavant ; et l'affection causale a des symptômes très nets qui font faire le diagnostic.

Un cancer de la langue, un cancer du larynx, le lypus, la lèpre, n'arrivent à produire de l'œdème du larynx qu'alors que les autres signes qui permettent de les reconnaître cliniquement sont depuis longtemps apparus.

Les accidents laryngés survenant au cours d'un érysipèle de la face, d'une scarlatine, d'une rougeole, d'une variole, d'une fièvre typhoïde, quelle que soit leur pathogénie : énanthème, chondrite ou périchondrite, sont rattachés facilement à leur cause.

Nous ne ferons que citer l'œdème angioneurotique, les œdèmes apparaissant au cours des cachexies ou du mal de Bright, ceux qui surviennent à la suite d'ingestion d'iodure de potassium ou sont provoqués par un urticaire, une brûlure du larynx due à l'ingestion de liquide bouillant. Ils n'évoluent pas au milieu d'un cortège de symptômes d'infection générale, comme la laryngite phlegmo-neuse.

Même remarque pour la *dyspnée hystérique*.

CHEZ L'ENFANT

Chez l'enfant, le diagnostic qui se pose le plus souvent est celui du *croup d'emblée*. Dans tous les cas rapportés, l'erreur au premier moment a été commise. Erreur sans gravité d'ailleurs, puisque le traitement ne diffère guère dans l'un et l'autre cas.

L'examen bactériologique montrant l'absence du bacille de Loëffler et la présence des microbes que nous avons

étudiés peut seul ici apporter la certitude. Car les autres signes ne sont pas décisifs ; on dit bien que dans la laryngite phlegmoneuse, la dyspnée apparaît peut-être plus vite, que la toux n'y est pas étouffée et la voix éteinte, comme dans le croup ; mais ce ne sont pas des règles constantes.

Lorsqu'on tube l'enfant et que l'index se porte sur la région des aryténoïdes, on pourrait sentir le bourrelet d'infiltration qui rétrécit l'orifice laryngien et faire ainsi le diagnostic.

Nous ne ferons que répéter ce que nous avons dit pour les *laryngites suffocantes* survenant au cours de la scarlatine, de la fièvre typhoïde, de la variéole et de la rougeole. Il faudra s'attacher à reconnaître les signes de ces maladies. Cependant pour les deux premières, il faut se rappeler que les accidents laryngés peuvent survenir avant la période éruptive : d'où, pour le diagnostic de la *laryngite suffocante rubéolique*, l'importance du signe de Koplik.

Dans le cas de *corps étrangers des voies respiratoires*, la dyspnée aura un début brutal, en pleine santé. Il n'y a pas de signes d'infection, pas d'œdème du larynx.

De même, les *polypes du larynx* ne s'accompagnent pas de phénomènes généraux. Ils peuvent se révéler par un accès de suffocation. Mais ordinairement, ils déterminent auparavant des troubles de la voix et de la respiration, qui amènent le médecin à faire l'examen laryngoscopique.

Dans l'*abcès rétro-pharyngien*, il peut exister une dyspnée permanente avec, de temps à autre, des paroxysmes. Cette dyspnée est quelquefois très violente, car à l'inflammation rétropharyngée est venue s'ajouter, — complication

fréquente, — un œdème infectieux aigu du larynx. Mais l'inspection de la gorge montre une tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx, le doigt la sent et perçoit parfois le choc en retour ; le diagnostic est fait.

Enfin se pose la question de la *laryngite striduleuse grave*. Pour Massei, la lésion qui la produit est un œdème infectieux de la région sous-glottique. Cet œdème peut se compliquer d'abcès sous-muqueux et périlaryngiens. Par conséquent, au point de vue pathogénique, il y a beaucoup de similitude entre cette affection et la laryngite phlegmoneuse.

Souvent dans ces laryngites striduleuses graves, entre les crises de suffocation persiste une dyspnée continue. On y observe des symptômes généraux, de la fièvre, de la courbature.

Nous reproduisons un résumé de l'observation de Trousseau pour qu'on puisse juger combien peu de différence il y a entre la symptomatologie et les lésions de la laryngite phlegmoneuse et celles décrites par l'illustre clinicien dans son cas de laryngite striduleuse mortelle ; même dyspnée, mêmes signes d'infection générale, mêmes complications pulmonaires, mêmes lésions à l'autopsie... Qui empêche l'assimilation de ces deux affections ?

OBSERVATION XVI

Laryngite striduleuse mortelle

Trousseau (Cliniques)

Le cas concerne une petite fille.

À son entrée, on constata une difficulté extrême dans la respiration, sans accès de suffocation. La dyspnée, au dire

de la mère, aurait fait de grands progrès depuis quelques heures. Cette petite fille toussait depuis quelques jours. L'inspiration était très difficile, un peu sifflante ; le cri était rauque, étouffé ; le larynx était certainement le siège de l'obstacle à la respiration. Il n'existait point de fausses membranes dans l'arrière-bouche, l'enfant n'en avait point rendu, et, bien qu'il n'y eût là qu'un faux croup, M. Dumontpallier n'hésita pas à pratiquer immédiatement la trachéotomie. Amélioration sensible.

Le troisième jour, on essaie de retirer la canule, mais il faut la réintroduire en toute hâte, car il y a menace d'asphyxie. *Le larynx était donc obstrué* ; et cependant l'enfant n'avait rendu par la canule que des crachats muqueux, *puriformes*. Jusqu'au dixième jour, il y eut impossibilité de retirer la canule. Le onzième jour de l'opération, l'enfant a été agitée pendant la nuit, son pouls est devenu fréquent, sa peau brûlante, l'enfant prend souvent le sein, puis l'abandonne aussitôt. On constate alors des râles muqueux fins disséminés dans toute la région de la poitrine. La fièvre, l'agitation et les signes de bronchite généralisée font porter un pronostic grave. L'enfant ne peut se passer de canule.

Le quatorzième jour, *signes d'asphyxie pulmonaire péripneumonique*. Mort.

Autopsie. — Pas de pseudo-membranes. Les replis glosséo-épiglottiques sont rouges, et les replis aryéno-épiglottiques oedémateux. L'ouverture glottique paraissait presque entièrement fermée par le gonflement de la membrane muqueuse, qui était injectée. La muqueuse laryngée également injectée était le siège d'une vascularisation inflammatoire. Mêmes caractères de l'inflammation sur les muqueuses de la trachée et des bronches. Plusieurs lobules pulmonaires, surtout du côté gauche, étaient enflammés, purulents et laissaient sourdre à la coupe, des gouttelettes de pus.

Le poulmon, en ces points enflammés, avait l'aspect d'une éponge remplie de pus. Il existait en outre une *pleurésie purulente* du côté gauche qui avait peut-être eu pour point de départ les *noyaux d'hépatisation purulente* que l'on constatait à la surface du poulmon. La *pneumonie* et la *pleurésie* ne sont survenues que dans les derniers jours de la vie de cette petite malade et ont marché avec une grande rapidité vers la purulence.

OBSERVATION XVII

Laryngite striduleuse mortelle

Nous pourrions encore citer l'observation du docteur Artaud (*Revue thérapeutique du Midi*, 30 nov. 1859). Elle concerne un enfant de six ans qui une nuit, fut pris d'une crise de suffocation intense, tout à fait comparable à un accès de laryngite striduleuse. C'est d'ailleurs le diagnostic qui fut posé. Ces accès se renouvelèrent le lendemain. Dans leur intervalle, la voix était rauque, la respiration gênée. Le troisième jour, douleur au niveau du larynx et dysphagie marquée ; même état le quatrième et le cinquième jour ; l'enfant se levait quoiqu'il fût très gêné pour respirer et pour parler.

Le sixième jour, les accès de suffocation revinrent plus intenses. La température était très élevée. Les parents refusèrent la trachéotomie et l'enfant mourut.

A l'autopsie, la région des cordes vocales supérieures fut trouvée rouge et tuméfiée. Dans la région sous-glottique, il y avait un abcès de la grosseur d'une noisette, siégeant sous la muqueuse. Le pus qui en sortit était très homogène et bien lié. Toute la muqueuse de la région postérieure du larynx était fortement enflammée.

Quant à la *laryngite intense primitive*, nous ne voyons pas sur quels signes on pourrait se baser pour la distin-

guer de la laryngite phlegmoneuse ; elle est caractérisée, pour les auteurs qui l'ont décrite, par une dyspnée paroxystrique et continue, de l'œdème de la muqueuse, souvent sous-glottique. (Nous savons que Cruveilhier distinguait déjà cette localisation et en faisait une forme anatomique) ; les abcès sous-muqueux, des ulcérations : tout est là le fait d'une laryngite phlegmoneuse.



TRAITEMENT

C'est souvent un traitement d'urgence que réclame la laryngite phlegmoneuse.

Tant que la gêne respiratoire n'est pas très accentuée et que l'examen laryngoscopique ne montre que de l'infiltration sans localisation précise, on peut employer les moyens destinés à combattre les inflammations ordinaires. Ainsi Masséi préconise les applications de glace au devant du larynx et donne des morceaux de glace à sucer.

D'autres emploient, et ce moyen réussit assez bien, des compresses trempées dans l'eau très chaude, à 45° et fréquemment renouvelées.

On peut avoir recours aussi aux pulvérisations antiseptiques avec une solution phéniquée au millième ou une solution très étendue de sublimé à 1 pour 2000, à 1 pour 4.000, aux insufflations de morphine, aux fumigations, aux antispasmodiques.

Lorsque le pus est collecté, il faut aller ouvrir l'abcès formé. Après cocaïnisation avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20 ou 1/10, additionnée de chlorhydrate d'adrénaline à 1/2000 ou 1/1000, on ponctionne, sous le contrôle du miroir, le point qui bombe, à l'aide d'un bistouri laryngien courbe à lame courte.

S'il n'y a pas de pus collecté ou si l'on ne peut arriver à l'évacuer, si le malade a une dyspnée continue très mar-

quée et des accès fréquents de suffocation, si l'asphyxie est menaçante, il faut faire la trachéotomie. La plupart des auteurs la préfèrent au tubage. Masséri trouve cependant que l'œdème est la lésion idéale pour le tubage, car les tissus infiltrés exercent une pression sur le tube, qui le maintient en place. Enfin dans un cas de laryngite phlegmoneuse qui lui est personnel, il a vu le tube amener l'ouverture de la collection et le malade guérir ainsi,

CONCLUSIONS

De cette étude des laryngites phlegmoneuses primitives, nous pouvons conclure à l'existence de types assez nets.

1° La laryngite phlegmoneuse à entérocoques, caractérisée par sa gravité, par la fréquence de la septicémie au cours de son évolution.

2° La laryngite phlegmoneuse à streptocoques, qui est à peu près la forme que Masséi décrivait sous le nom d'érysipèle primitif du larynx.

3° La laryngite phlegmoneuse à pneumocoques dans laquelle le pus se forme, se collecte et s'évacue rapidement. La pneumonie unilatérale ou double y est la règle.

BIBLIOGRAPHIE

Bayle. — Mémoire sur l'œdème de la glotte. Paris, 1819.

Bouilland. — Arch. gén. de méd. 1825.

Miller. — Mémoire sur la laryngite purulente. Th. Paris 1832.

Radcliffe. — Erysipèle de la face, Œdème laryngé. The Lancet, 1835.

Sestier. — Traité de l'angine laryngée œdémateuse. Paris, 1852.

Wannebroucq. — Bullet. méd. du Nord de la France, 1864.

Tobold. — Larynx abcesc. Berlin, Klin. Wochens, 1864.

Artaud. — Rev. therap. du Midi, 1859.

Janicot. — Th. Paris, 1879.

Trousseau. — Cliniques.

Gauché. — Erysipèle de la face, du pharynx, du cou, du larynx. Prog. méd., 1878.

Goir. — Th. Paris, 1882.

Moure. — Œdème aigu primitif des replis aryéno-épiglotiques. Rev. mens. de Laryngol., 1880.

- Massci.* — Eresipella delle laringe. Naples, 1885.
- Charazac.* — Th. Bordeaux, 1885.
- Florand.* — Laryngite aiguë suppurée à pneumocoques.
Soc. clin. de Paris, 1885.
- Garel.* — Abscess rétro-laryngé. Pneumonie. Ann. des mal.
de l'or. et du larynx, 1885.
- Garel.* — Œdème aigu infectieux bénin du larynx. Idem,
1891.
- Fasano.* — Bollettino delle malattie dell'or., 1887.
- Fredet.* — Epiglottite suppurée. (Œdème de la glotte. As-
phyxie. Union méd., 1885.
- E. Amory.* — De l'œdème aigu du larynx. (N.-Y. med. Jour.,
1886.)
- Solis-Cohen.* — Deux cas d'œdème traumatique de la glotte.
Intern. Central f. Laryng., 1887.
- Fraenkel.* — Mort subite par œdème aigu de l'épiglotte. Soc.
méd. Berlin, 1887.
- Mac Donald.* — Deux cas d'abcès intra-laryngés idiopathi-
ques. The Lancet, 1887.
- Ruault.* — Epiglottite œdémateuse primitive. Soc. fr. de
lar., 1887.
- Bernardino-Martino.* — Œdème aigu primitif du larynx.
Méd. mod., 1889.

Josserand. — Abscès rétro-laryngé à pneumocoques. Rev. méd., 1890.

Mandelstamm. — Abscès rétro-laryngés primitifs. Th. Paris, 1891.

Milligan. — Abscès idiopathique du larynx. Rev. de lar. de Moure, 1892.

Landgraf. — Phlegmon pharyngo-laryngé. Berl. Klin. Woch., 1888.

Senator, Baruch. — Berl. Klin. Wochen, 1888.

Merklen. — Abscès rétro-laryngés primitifs. Soc. méd. des Hôp., 1890.

Hajek. — Laryngitis submucô acuta. Handb. d. Laryng. Wien, 1896.

Dudefoy. — Th. Paris, 1893.

Dorange. — Laryngite œdémateuse. Arch. de Méd. milit., 1892.

Thornton. — Laryngite œdémateuse et pneumonie. The Lancet., 1893.

Sokolowski. — Erysipèle du larynx. Arch. intern. de Laryng., 1892.

Cartaz. — Œdème laryngé d'origine grippale. Rev. de Laryng., 1893.

Moll. — Abscès du larynx. Soc. belge d'ot., 1893.

Barjon. — Revue générale, 1894.

Semon. — Méd. Chir. Tr. London, 1895.

Prieur et Claoué. — Soc. fr. de Laryng., 1899.

Lubet-Barbon. — Rev. hebd. de Laryng., 1901.

Ménétrier. — Soc. Méd. des Hôp. Années 1902 et 1907.

Trastour. — Th. Paris, 1904.

Marfan. — Leçons sur la Diphtérie, Paris, 1905.

Vu : *Le Président de la Thèse.*

E. GAUCHER.

Vu : *Le Doyen,*

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD.

IMPRIMERIE DES FACULTÉS DE MÉDECINE

8, Rue Casimir-Delavigne, 8

PARIS
